

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



VINCULAÇÃO MATERNA PRÉ-NATAL, DEPRESSÃO PÓS-PARTO E
PERCEPÇÃO MATERNA DO COMPORTAMENTO DO RECÉM-NASCIDO

Susana Filipa Videira Rodrigues

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2011

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



VINCULAÇÃO MATERNA PRÉ-NATAL, DEPRESSÃO PÓS-PARTO E
PERCEPÇÃO MATERNA DO COMPORTAMENTO DO RECÉM-NASCIDO

Susana Filipa Videira Rodrigues

Dissertação Orientada pelo Prof. Doutor João Justo

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2011

AGRADECIMENTOS

A todos os que tornaram possível a realização deste trabalho, aqui expresso um sincero agradecimento.

À minha família pelo sempre incondicional apoio em todos os momentos.

Aos meus avós Alzira e António por me acolherem, tão bem como só eles sabem, nestes últimos cinco anos.

Ao constante e incontornável amigo Sérgio Louro pelo apoio e incentivo ao longo de todo o processo.

Aos colegas Ana Paiva Ribeiro e Ismael Yassine pela partilha de alegrias e angústias.

À Dra. Maria João Pimentel e à Prof.^a Doutora Salomé Vieira Santos, com quem muito aprendi ao longo deste último ano, pelo constante apoio e incentivo em todas as etapas.

À Fisioterapeuta Manuela pelo apoio, disponibilidade e colaboração na recolha da amostra.

A todas as gestantes/mães que se disponibilizaram para participar neste estudo.

Ao Prof. Doutor João Justo, orientador deste trabalho, por todo o apoio prestado.

“...the core experience of attachment is love.”

(Condon, 1993)

Resumo:

O estudo que aqui se apresenta visa averiguar as relações entre o padrão de vinculação materna pré-natal em grávidas no terceiro trimestre de gestação e o risco de incidência de depressão pós-parto, a percepção materna do comportamento do recém-nascido, assim como, a confiança materna para cuidar do bebê, em puérperas entre as 3 as 10 semanas do pós-parto. Este estudo orienta-se segundo seis hipóteses gerais: (1) a vinculação pré-natal de tipo seguro está associada ao planeamento da gravidez; (2) a vinculação pré-natal de tipo seguro está associada a uma menor probabilidade de desenvolvimento da depressão pós-parto; (3) a vinculação pré-natal de tipo seguro está relacionada com percepções maternas positivas acerca do comportamento do recém-nascido; (4) a vinculação pré-natal de tipo seguro está associada a uma percepção materna positiva acerca da confiança relativa aos cuidados a prestar ao bebê; (5) a depressão pós-parto está associada a percepções maternas mais negativas acerca do comportamento do recém-nascido; (6) a depressão pós-parto está associada a percepções maternas mais negativas acerca da confiança relativa aos cuidados a prestar ao bebê. A recolha de dados fez-se em dois momentos – pré e pós-parto. Recorreu-se à aplicação de três escalas: a Escala de Vinculação Materna Pré-Natal, a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo e a Escala de Percepção Materna do Comportamento do Recém-Nascido. Foram ainda construídos dois Questionários Sócio-Demográficos, um para cada momento da recolha. Os resultados permitem constatar uma tendência a favor da confirmação das hipóteses enunciadas, sobretudo no que respeita às hipóteses 5 e 6 em que os resultados obtidos atingem a significância estatística. Neste sentido, verificou-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de sintomatologia depressiva no pós-parto e percepções maternas do comportamento do recém-nascido mais negativas (Irrequieto/Irregular e Irritável Durante a Mamada), bem como no que concerne a percepções maternas mais negativas no que respeita à confiança nos cuidados a prestar ao bebê (Falta de Confiança no Cuidado e Falta de Confiança Durante a Amamentação).

Palavras-Chave: Vinculação Pré-Natal; Depressão Pós-Parto; Percepção Materna do Comportamento do Recém-Nascido; Percepção Materna de Confiança na Prestação de Cuidados.

Abstract:

The present study addresses the possible relationship between Maternal Antenatal Attachment styles in pregnant women at the third trimester of gestation and postpartum depression risk, mother's perceptions regarding both the baby's behavior and the mother's self confidence in caretaking among women between 3 and 10 weeks after delivery. This study is focused in six general hypotheses: (1) prenatal attachment of secure type is associated with pregnancy planning; (2) prenatal attachment of secure type is associated with lesser probability of developing postpartum depression; (3) prenatal attachment of secure type is associated with positive maternal perceptions about newborn behavior; (4) prenatal attachment of secure type is associated with a positive maternal perception about confidence for baby caretaking; (5) postpartum depression is associated with more negative maternal perceptions about newborn behavior; (6) postpartum depression is associated with more negative maternal perceptions about confidence for baby caretaking. Data recollection was done in two different moments: before and after delivery. Three scales were used: Maternal Prenatal Attachment Scale; Edinburgh Postpartum Depression Scale and the Mother and Baby scales. Two Sociodemographic questionnaires were created, one for each moment of data recollection. Results yield a tendency which supports all the above mentioned hypotheses, mainly in what regards to the 5th and 6th, where results have shown a statistical relevance. Hence, it appears to exist a statistically relevant association between postpartum depression and mother's negative perceptions about newborn behavior (unsettled/Irregular and Irritable During Feeds), as well as mother's negative perceptions regarding her confidence in caretaking (Lack of Confidence in Caretaking and Lack of Confidence During Feeds).

Keywords: Antenatal Attachment; Postpartum Depression; Mother's Perceptions regarding newborn behavior; Mother's Perceptions about confidence for baby caretaking.

ÍNDICE

Introdução	13
Capítulo I: Gravidez e Maternidade (Aspectos psicológicos)	14
I.1 Delimitação Conceptual	14
I.2 Representações e Tarefas associadas à Gravidez e Maternidade	15
I.3 Vinculação Materna Pré-Natal	18
Capítulo II: A Depressão Pós-Parto	22
II.1 Definição	22
II.2 Etiologia e co-morbilidade	22
Capítulo III: Percepção Materna do Comportamento do Recém-Nascido	24
III.1 Relação Precoce e Vinculação	24
Capítulo IV: Objectivos e Hipóteses	27
IV.1 Objectivos	27
IV.2 Hipóteses Gerais	27
IV.3 Definição de Variáveis	28
IV.4 Operacionalização das Variáveis (Instrumentos)	29
IV.5 Hipóteses Específicas	31
IV.6 Delineamento do Estudo	32
IV.7 Procedimento	33
IV.8 Procedimentos Estatísticos	33

Capítulo V: Método34

V.1 Participantes34

V.1.1 Caracterização das Mães 34

V.1.2 Caracterização do Parto37

V.1.3 Caracterização dos Bebés38

Capítulo VI: Resultados 40

VI.1 Caracterização dos Estilos de Vinculação Materna Pré-natal 40

VI.2 Caracterização da Ocorrência de Sintomatologia Depressiva Pós-parto..41

VI.3 Caracterização da Percepção Materna do Comportamento do Recém-Nascido41

VI.4 Caracterização da Percepção Materna de Confiança na Prestação de cuidados ao Recém-Nascido42

VI.5 Testagem da Hipótese Específica 1: Relação entre o Planeamento da Gravidez e a Vinculação Materna Pré-natal de Tipo Seguro.....43

VI.6 Testagem da Hipótese Específica 2: Relação entre o Padrão de Vinculação Materna Pré-natal e a ocorrência de Sintomatologia Depressiva Pós-parto43

VI.7 Testagem da Hipótese específica 3: Relação entre o Padrão de Vinculação Materna Pré-natal e a Percepção Materna do Comportamento do Recém-Nascido44

VI.8 Testagem da Hipótese Específica 4: Relação entre o Padrão de Vinculação Materna Pré-natal e a Percepção Materna de Confiança na Prestação de cuidados ao Recém-Nascido.....47

VI.9 Testagem da Hipótese Específica 5: Relação entre a ocorrência de Sintomatologia Depressiva Pós-parto e a Percepção Materna do Comportamento do Recém-Nascido	49
---	----

VI.10 Testagem da Hipótese específica 6: Relação entre a ocorrência de Sintomatologia Depressiva Pós-parto e a Percepção Materna de Confiança na Prestação de cuidados ao Recém-Nascido	50
---	----

Capítulo VII: Discussão de Resultados52

VII.1 Relação entre o Planeamento da Gravidez e a Vinculação Materna Pré-natal de Tipo Seguro	53
---	----

VII.2 Relação entre o Padrão de Vinculação Materna Pré-natal e a ocorrência de Sintomatologia Depressiva Pós-parto	54
--	----

VII.3 Relação entre o Padrão de Vinculação Materna Pré-natal e a Percepção Materna do Comportamento do Recém-Nascido	55
--	----

VII.4 Relação entre o Padrão de Vinculação Materna Pré-natal e a Percepção Materna de Confiança na Prestação de cuidados ao Recém-Nascido	56
---	----

VII.5 Relação entre a ocorrência de Sintomatologia Depressiva Pós-parto e a Percepção Materna do Comportamento do Recém-Nascido.....	57
--	----

VII.6 Relação entre a ocorrência de Sintomatologia Depressiva Pós-parto e a Percepção Materna de Confiança na Prestação de cuidados ao Recém-Nascido ...	58
--	----

Conclusão	60
------------------------	-----------

Referências Bibliográficas	63
---	-----------

Índice dos Quadros

Quadro 1. Zona de Residência das Participantes – Frequências e Percentagens	34
Quadro 2. Caracterização da Saúde na Gestação – Frequências e Percentagens	35
Quadro 3. Planeamento da Amamentação – Frequências e Percentagens	36
Quadro 4. Tipo de Parto – Frequências e Percentagens	38
Quadro 5. Sexo dos Recém-Nascidos – Frequências e Percentagens	38
Quadro 6. Tipo de Alimentação do Recém-Nascido	39
Quadro 7. Estatística Descritiva da Escala de Vinculação Materna Pré-Natal	40
Quadro 8. Estatística Descritiva das Subescalas (MABS) relativas à Percepção Materna do Comportamento do Recém-nascido.....	42
Quadro 9. Estatística Descritiva das (MABS) relativas à Percepção Materna de Confiança na Prestação de Cuidados ao Recém-nascido	42
Quadro 10. Relação entre os Quadrantes de Vinculação Materna Pré-Natal e a Ocorrência de Sintomatologia Depressiva Após o Parto	44
Quadro 11. Análise da Regressão em que a variável dependente é a percepção materna do bebé como Alerta/Responsivo	46
Quadro 12. Análise da regressão, com valores individuais para cada variável independente, tendo como variável dependente a Percepção Materna do Comportamento do Recém-nascido para a subescala Alerta/Responsivo	46

Lista de Anexos

Anexo 1. Distribuição da Sintomatologia Depressiva no Pós-parto;

Anexo 2. Relação entre o Planeamento da Gestação e o Padrão de Vinculação Materna Pré-natal (Teste de Qui-quadrado);

Anexo 3. Relação entre o Padrão de Vinculação Materna Pré-natal e a Ocorrência de Sintomatologia Depressiva no Pós-parto (Teste de Qui-quadrado);

Anexo 4. Relação entre o Padrão de Vinculação Materna Pré-natal e a Percepção de Alerta/Responsivo (Teste de Qui-quadrado);

Anexo 5. Relação entre o Padrão de Vinculação Materna Pré-natal e a Percepção de Alerta Durante a Mamada (Teste de Qui-quadrado);

Anexo 6. Relação entre o Padrão de Vinculação Materna Pré-natal e a Percepção de Fácil (Teste de Qui-quadrado);

Anexo 7. Relação entre o Padrão de Vinculação Materna Pré-natal e a Percepção de Irrequieto/Irregular (Teste de Qui-quadrado);

Anexo 8. Relação entre o Padrão de Vinculação Materna Pré-natal e a Percepção de Irritável Durante a Mamada (Teste de Qui-quadrado);

Anexo 9. Relação entre o Padrão de Vinculação Materna Pré-natal de Tipo Seguro e a Percepção de Alerta Durante a Mamada (Regressão Linear);

Anexo 10. Relação entre o Padrão de Vinculação Materna Pré-natal de Tipo Seguro e a Percepção de Irritável Durante a Mamada (Regressão Linear);

Anexo 11. Relação entre o Padrão de Vinculação Materna Pré-natal de Tipo Seguro e a Percepção de Fácil (Regressão Linear);

Anexo 12. Relação entre o Padrão de Vinculação Materna Pré-natal de Tipo Seguro e a Percepção de Irrequieto/Irregular (Regressão Linear);

Anexo 13. Relação entre o Padrão de Vinculação Materna Pré-natal e a Percepção de Falta de Confiança Durante a Amamentação (Teste de Qui-quadrado);

Anexo 14. Relação entre o Padrão de Vinculação Materna Pré-natal e a Percepção de Falta de Confiança no Cuidado (Teste de Qui-quadrado);

Anexo 15. Relação entre o Padrão de Vinculação Materna Pré-natal e a Percepção Confiança Global (Teste de Qui-quadrado);

Anexo 16. Relação entre o Padrão de Vinculação Materna Pré-natal de Tipo Seguro e a Percepção de Falta de Confiança no Cuidado (Regressão Linear);

Anexo 17. Relação entre o Padrão de Vinculação Materna Pré-natal de Tipo Seguro e a Percepção de Falta de Confiança Durante a Amamentação (Regressão Linear);

Anexo 18. Relação entre o Padrão de Vinculação Materna Pré-natal de Tipo Seguro e a Percepção de Confiança Global (Regressão Linear);

Anexo 19. Relação entre a Ocorrência de Sintomatologia Depressiva Pós-parto e a Percepção de Alerta/Responsivo (Teste de Qui-quadrado);

Anexo 20. Relação entre a Ocorrência de Sintomatologia Depressiva Pós-parto e a Percepção de Alerta Durante a Mamada (Teste de Qui-quadrado);

Anexo 21. Relação entre a Ocorrência de Sintomatologia Depressiva Pós-parto e a Percepção de Fácil (Teste de Qui-quadrado);

Anexo 22. Relação entre a Ocorrência de Sintomatologia Depressiva Pós-parto e a Percepção de Irritável Durante a Mamada (Teste de Qui-quadrado);

Anexo 23. Relação entre a Ocorrência de Sintomatologia Depressiva Pós-parto e a Percepção de Irrequieto/Irregular (Teste de Qui-quadrado);

Anexo 24. Relação entre a Ocorrência de Sintomatologia Depressiva Pós-parto e a Percepção de Alerta/Responsivo (Regressão Linear);

Anexo 25. Relação entre a Ocorrência de Sintomatologia Depressiva Pós-parto e a Percepção de Alerta Durante a Mamada (Regressão Linear);

Anexo 26. Relação entre a Ocorrência de Sintomatologia Depressiva Pós-parto e a Percepção de Fácil (Regressão Linear);

Anexo 27. Relação entre a Ocorrência de Sintomatologia Depressiva Pós-parto e a Percepção de Irritável Durante a Mamada (Regressão Linear);

Anexo 28. Relação entre a Ocorrência de Sintomatologia Depressiva Pós-parto e a Percepção de Irrequieto/Irregular (Regressão Linear);

Anexo 29. Relação entre a Ocorrência de Sintomatologia Depressiva Pós-parto e a Percepção de Falta de Confiança no Cuidado (Teste de Qui-quadrado);

Anexo 30. Relação entre a Ocorrência de Sintomatologia Depressiva Pós-parto e a Percepção de Falta de Confiança Durante a Amamentação (Teste de Qui-quadrado);

Anexo 31. Relação entre a Ocorrência de Sintomatologia Depressiva Pós-parto e a Percepção de Confiança Global (Teste de Qui-quadrado);

Anexo 32. Relação entre a Ocorrência de Sintomatologia Depressiva Pós-parto e a Percepção de Falta de Confiança no Cuidado (Regressão Linear);

Anexo 33. Relação entre a Ocorrência de Sintomatologia Depressiva Pós-parto e a Percepção de Falta de Confiança Durante a Amamentação (Regressão Linear);

Anexo 34. Relação entre a Ocorrência de Sintomatologia Depressiva Pós-parto e a Percepção de Confiança Global (Regressão Linear).

INTRODUÇÃO

O estudo que aqui se apresenta pretende explorar a relação entre os estilos de vinculação materna pré-natal, a prevalência de sintomatologia depressiva após o parto e a percepção materna no que respeita ao comportamento do recém-nascido e à confiança na prestação de cuidados ao bebé. A forma como se estabelece a vinculação da mãe ao feto pode condicionar quer o desenvolvimento do bebé, quer a qualidade das interacções precoces, sendo que estas podem também sofrer prejuízo quando se verifica a presença de sintomatologia depressiva após o parto, pois esta pode afectar a percepção materna do comportamento do bebé.

A apresentação deste estudo organiza-se em sete capítulos. O primeiro capítulo diz respeito à delimitação dos conceitos psicológicos de gravidez e maternidade, bem como à definição e caracterização da vinculação materna pré-natal. No segundo capítulo, é abordada a depressão pós-parto no que concerne à sua definição, etiologia e co-morbilidade. O terceiro capítulo ocupa-se da temática da percepção materna do comportamento do recém-nascido, abordando-se a teoria da vinculação e caracterizando-se as interacções precoces mãe-bebé. No quarto capítulo, são explanados os objectivos bem como as hipóteses gerais e específicas, segundo as quais se orienta o estudo. O capítulo cinco diz respeito à metodologia utilizada, apresentando-se a caracterização da amostra e dos instrumentos. Sendo também descritos o procedimento de investigação e o tratamento estatístico. No capítulo seis, são apresentados os resultados obtidos, sendo os mesmos discutidos no capítulo sete. Por fim, são apresentadas as conclusões do estudo bem como as suas limitações e sugestões para investigações futuras.

Capítulo I: Gravidez e Maternidade (Aspectos Psicológicos)

I.1 Delimitação Conceptual

A definição dos conceitos psicológicos de Gravidez e Maternidade ultrapassa o que comumente designamos como acontecimentos de vida. Tal como refere Canavarro (2001, p. 19), “*A gravidez transcende o momento da concepção assim como a maternidade transcende o momento do parto*”. Podemos entendê-los como estádios ou tarefas de desenvolvimento, como propõe Erikson (1982), quando se refere ao sétimo estádio de desenvolvimento psicossocial, correspondente à idade adulta e que o próprio designa como “*estádio geracional*”, referindo-se à antítese – *Generatividade Vs. Estagnação*, cuja “*resolução*” resulta na aquisição da virtude que designa por *cuidado*, na capacidade de cuidar de outros seres. Aqui, encara-se, entre outras vertentes, a *Generatividade* enquanto capacidade de procriar, de produzir outro ser, de dar continuidade à vida.

Gravidez e Maternidade são, então, processos dinâmicos que implicam construção e desenvolvimento. Estes conceitos referem-se a realidades distintas, cuja vivência psicológica se reveste de idiossincrasias. A gravidez não conduz indubitavelmente a uma adequada realização e adaptação às tarefas maternas. Enquanto o primeiro conceito apresenta uma delimitação temporal, quarenta semanas, o segundo ultrapassa-o largamente, sendo um processo que se estende por toda a vida. Psicologicamente, podemos entender a gravidez como um período de preparação para a maternidade, que implica aceitar novas tarefas, ensaiar novos papéis, criar um laço afectivo com a criança e incorporá-la na sua identidade, ainda que seja necessário encará-la como uma pessoa única e individual. Constitui, assim, a base para a construção progressiva do processo de maternidade (Canavarro, 2001).

O modo como cada mulher vivencia os processos de gravidez e maternidade difere, consoante as representações que cada uma lhes atribui. Aquelas, são condicionadas por factores diversos: 1) *factores genéticos*, isto é, capacidade biológica de suportar a gestação e desenvolvimento fetal, bem como a valorização e o desejo de

concretizar o projecto da gravidez; 2) *Factores históricos e socioculturais*, pois a forma como cada mulher encara a gravidez e a maternidade é fortemente influenciada pelo meio em que está inserida, actualmente, as mulheres têm a possibilidade de optarem serem ou não mães; 3) *factores de desenvolvimento*, aqui prevalecem as influências das relações significativas que cada mulher estabelece ao longo da vida e que contribuem para a construção de significados respeitantes à gravidez e à maternidade. Neste âmbito é de salientar a relação estabelecida com a própria mãe, figura primordial de vinculação que servirá de matriz para o relacionamento com o mundo e influenciará as relações futuras. É na relação com a mãe, desde os primórdios do seu desenvolvimento que cada mulher vai adquirindo as representações do que é o papel materno. Esta é uma relação que, indubitavelmente, terá grande influência em todas as relações futuras e sobretudo na forma como cada mulher encara a gravidez e vivencia a maternidade. Para além da relação com a figura materna, é também importante, neste contexto, considerar a importância de outras relações próximas, nomeadamente a relação conjugal, uma vez que, podendo servir como fonte de reestruturação ou consolidação de relações significativas anteriores (como a relação com a figura materna), constituem também um significativo foco de apoio social, cuja importância na gravidez e maternidade tem sido largamente estudada. Outro aspecto relevante é a forma como os significados destes processos variam no casal. A relação conjugal deve permitir uma alteração ou reestruturação adaptativa das representações que cada elemento tem para que as tarefas inerentes a cada um dos processos possam ser cumpridas de forma adaptativa. Ainda neste sentido, são também relevantes as experiências prévias de gravidez e maternidade, pela influência que obviamente exercem no desempenho destas tarefas (Canavarro, 2001).

I.2 Representações e Tarefas associadas à Gravidez e Maternidade

No âmbito das representações passíveis de serem associadas aos processos de gravidez e maternidade, é possível destacar aquelas que dizem respeito às relações que a mulher estabelece consigo própria, nomeadamente com o seu corpo. A imagem

corporal, protagoniza um papel essencial, no sentido em que o corpo feminino dispõe de um aparelho reprodutor que possibilita a concepção e gestação, sendo assim associado a uma representação de funcionalidade ou, em certos casos quando tal não é possível, uma representação de não funcionalidade como é o caso da esterilidade. Sá (1997) refere a importância da *fertilidade emocional*, que condiciona o que designa por gravidez emocional, sendo esta a preparação para a maternidade para além da sua valência funcional. Na clínica, são frequentes os casos em que as gestantes manifestam núcleos psicológicos de esterilidade, cuja manifestação pode ocorrer ao longo dos três trimestres de gestação, podendo culminar no último trimestre na ausência de preparação psicológica para o momento do parto ou até na denegação da presença do bebé no seu corpo.

São também relevantes os casos em que a gravidez pode ser associada ao sentimento de não ter controlo sobre o próprio corpo e a sua imagem, o que pode acarretar uma grande ansiedade para mulheres que atribuem grande valor à sua aparência e que consideram o corpo “transformado” pela gravidez como pouco atraente. Em ambos os casos são evocadas representações que dizem respeito à forma como a mulher se relaciona consigo, com o seu corpo e com a imagem deste que se altera em virtude da gravidez e que influenciam a forma como vai concretizar as tarefas inerentes a este processo. Concomitantemente, a gravidez e a maternidade evocam representações associadas a relações privilegiadas, como: 1) a relação conjugal em que o bebé pode ser encarado como a materialização da relação, sendo que, obviamente, os significados se multiplicam tendo em conta as diversas estruturas relacionais que podemos encontrar; 2) a relação com a família de origem, onde um bebé é, primariamente, a possibilidade de continuidade de uma família, permitindo a transmissão de valores e significados vários, facilitando a aproximação entre a família nuclear e a família de origem e tornando-se um símbolo de unificação entre as gerações e 3) a relação com o filho, que se reveste de significados, nomeadamente associados à própria relação precoce da mãe que influencia a forma como irá estabelecer esta relação (Canavarro, 2001), com as implicações largamente conhecidas e que serão abordadas adiante, no capítulo referente à vinculação e à relação precoce.

O desenrolar dos processos de gravidez e maternidade acarreta mudanças e, consequentemente, a necessidade de ajustamento e adaptação. Nesta perspectiva desenvolvimentista, e com base em diversos estudos realizados no que concerne ao período de gestação e puerpério, é possível fazer uma delimitação relativa das tarefas que se colocam à mulher em cada momento. A primeira tarefa ocorre no decorrer do primeiro trimestre de gravidez e caracteriza-se pela aceitação psicológica da realidade da gravidez; a mulher tem de ultrapassar a ambivalência que normalmente surge nesta fase. Nesta fase, inicia-se a identificação da mulher com o papel materno, o que faz por referência à representação que tem da sua própria mãe. Para ultrapassar esta ambivalência contribuem as relações mais próximas e, portanto, o apoio social percebido. Esta tarefa de integração e aceitação da realidade da gravidez irá permitir a resolução das tarefas subsequentes de forma adaptativa. No decorrer do segundo trimestre de gestação, a mulher terá como tarefa de desenvolvimento, aceitar a realidade do feto, o que vai para além da aceitação da gravidez durante a etapa anterior. Aqui está em causa o relacionamento que a mãe estabelece com o ser dentro de si. Nas suas fantasias, o feto é perspectivado como uma parte de si ainda que, posteriormente, comece a ser encarado como um ser com vida autónoma, isto é, distinto de si mesma. Será a partir desta fase que a gestante irá intensificar as suas fantasias e representações da relação que terá com o bebé, ensaiando cognitivamente as prestações de cuidados e fantasiando as características físicas do bebé (Brazelton & Cramer, 1993; Colman & Colman, 1994 cit *in* Canavarro, 2001). É nesta fase que a mulher estabelece comunicação com o bebé, falando-lhe e acariciando a barriga. Por outro lado, trata-se de um período de reavaliação da relação que a mulher estabeleceu e estabelece com os seus próprios pais, uma vez que, como já foi referido, a relação estabelecida precocemente com a figura materna e depois com o resto da família nuclear servirá de modelo para as relações futuras. Nesta fase, é necessário que a mulher seja capaz de integrar as vivências positivas e negativas que experienciou enquanto filha para que possa prosseguir para as tarefas seguintes. A tarefa que se segue diz respeito às alterações na relação com o companheiro e pai do bebé. A chegada do bebé implica uma reestruturação da relação conjugal e das tarefas e papéis que lhe estão associados. No último trimestre de gravidez coloca-se também, como tarefa, a aceitação do bebé como pessoa separada, sendo o último trimestre uma fase de preparação para a separação que

se dá no momento do parto. A mulher é novamente confrontada com sentimentos ambivalentes, oscilando entre o desejo e a expectativa de finalmente conhecer o seu bebé e o desejo de prolongar a gravidez como forma de adiar as novas tarefas que o nascimento exige. Este é, também, um período marcado por sentimentos de ansiedade face ao momento do parto, principalmente no caso das primíparas. Após o parto, inicia-se um novo período de adaptação, quer ao nível físico e biológico quer no que respeita à capacidade de a mãe interpretar e responder ao comportamento do bebé, ainda muito dependente. Por outro lado, a mãe terá, também, de aceitar a realidade da separação, isto é, que o bebé existe para além de si mesma devendo ser aceite enquanto ser individual, com as suas idiossincrasias. Esta é uma tarefa que se prolonga por todo o período do puerpério. Por fim, todas as tarefas acabam por culminar numa única que diz respeito à reestruturação da sua identidade a fim de integrar nesta a identidade materna, o que implica avaliar as transformações que a maternidade exige no estilo de vida anterior e adaptar-se às novas exigências que surgem com o desempenhar das funções maternas. Por outro lado, é também necessário atingir o equilíbrio entre a protecção e a autonomia da criança. Às tarefas anteriores, Canavarro (2001) acrescenta uma sétima no caso das múltiparas e que concerne à reavaliação e reestruturação da relação com os outros filhos. Nestas mulheres, apesar de algumas das ansiedades face à prestação de cuidados não serem tão acentuadas como nas primíparas, visto já terem tido essa experiência anteriormente, surgem outras ansiedades nomeadamente no que respeita ao parto ou à capacidade para cuidar e amar outra criança. Nestes casos, é importante que o bebé recém-chegado à família seja encarado como ser único e não assimilado à identidade dos irmãos. Além disso é, também, importante que a mãe prepare junto dos outros filhos a chegada do novo bebé (Mendelson, 1990, cit. in Canavarro, 2001).

I.3 Vinculação Materna Pré-Natal

A relação privilegiada mãe-bebé estabelece-se ainda antes do nascimento, na fantasia materna, nas emoções e sentimentos que aquela experimenta para com o bebé em desenvolvimento dentro de si. Esta relação é influenciada pela interacção e expectativas da mãe em relação ao bebé, relativamente ao sexo, nome, características

psicológicas e saúde, contribuindo, assim, para a atribuição de identidade ao bebé (Piccinini, Gomes, Moreira & Lopes, 2004).

Os estudos revelam que é possível decompor o processo de vinculação entre a mãe e o bebé em três momentos distintos: 1. *Vinculação pré-natal*; 2. *Vinculação perinatal* e 3. *Vinculação pós-natal* (Sá, 1997; Sátya Sousa, 2004).

Num primeiro momento, correspondente ao período de vinculação pré-natal, a vivência do desejo de maternidade organiza-se sobre o *bebé fantasmático* (Lebovici e Stoleru, 1995 cit. in Sousa, 2004; Sá, 1997) que consiste numa representação da história pessoal de filiação com os pais, dando origem a uma “proto-representação” de um bebé. Esta oscila com a existência de um *bebé imaginário*, presente no pré-consciente e no consciente, consistindo na ressonância da gravidez que ocorre no imaginário dos pais. A vinculação pré-natal organiza, assim, o desejo de maternidade e o desejo pensado de um filho (Sousa, 2004).

Posteriormente, na vinculação perinatal, inicia-se a relação com o bebé real, que se irá aprofundando nas interacções precoces. Culminando na vinculação pós-natal (Sá, 1997; Sousa, 2004), este último processo será mais amplamente explorado no capítulo 3 do presente trabalho.

Considera-se então que se estabelece um laço emocional entre a mãe e o seu bebé ainda antes de nascer, existindo assim uma vinculação pré-natal. São diversos os estudos realizados que se ocupam desta temática, reforçando assim a tese de que a relação entre a mãe e o bebé se estabelece *in-utero*, para a qual contribuem também as competências do feto ao serviço da relação (Camarneiro e Justo, 2010), nomeadamente, os movimentos fetais. Estes surgem por volta da décima sexta semana de gestação e são encarados pelas gestantes como equivalentes do seu bem-estar, ao passo que a ausência destes movimentos constitui para a grávida um motivo de alarme e sofrimento (Walters, 1964; Edwards & Edwards, 1970; Sadowsky, 1979; Piontelli, 1995 cit. in Sá, 2001). O feto é, assim, dotado de actividade própria, e de competências sensoriais e motoras que lhe permitem perceber e integrar dados provenientes do meio intra e extra-uterino (Sá, 2001).

A vinculação da mãe ao feto é condição imperiosa e vital ao desenvolvimento do bebé e ao estabelecimento de uma interacção de qualidade mãe-bebé. Shie, Kravitz e Wang (2001, cit. por Figueiredo, 2007), consideram que a vinculação materna pré-natal

se constitui de um aspecto cognitivo (o desejo de conhecer o bebê), um aspecto afetivo (o prazer de pensar e interagir com o feto) e um aspecto altruísta que se traduz num desejo de proteger o bebê que ainda não nasceu. Eduardo Sá (1997) destaca quatro momentos que, qualitativamente, contribuem para o processo de vinculação materna pré-natal: a revelação da gravidez, a audição dos ruídos cardíacos do feto, a primeira ecografia e os movimentos fetais. A vinculação inicia-se por volta da décima semana de gestação e vai aumentando progressivamente, sobretudo após os primeiros movimentos do bebê, que contribuem para o tornar “real” (Bloom, 1995; Damato, 2004; Field & Widmayer, 1984; Reading, Cox, Sledmere, *et al.*, 1997 cit por Figueiredo, 2007).

O investimento emocional da mãe e portanto a vinculação materna pré-natal sofre um prejuízo quando se verifica a ocorrência de sintomatologia depressiva durante a gravidez o que poderá acarretar consequências para a relação com o bebê após o parto, estudos revelam também que a representação que a mãe faz do feto tem por base a sua percepção relativamente ao pai do bebê e, neste sentido, o tipo de relação estabelecida com o companheiro tem também influência na capacidade de a mãe para investir no envolvimento emocional com o bebê. (Figueiredo, 2007). Têm sido desenvolvidos diversos instrumentos que visam a compreensão das dimensões implicadas neste conceito, sendo os mais comumente utilizados, a Maternal Fetal Attachment Scale (Cranley, 1981 cit in Brandon *et al* 2009), que visa a avaliação de seis dimensões: a) Diferenciação do self em relação ao feto; b) Interação com o feto; c) Atribuição de características ao feto; d) Dádiva de si; e) experimentação de papéis e f) “construir o ninho” (*nesting*) e, a Maternal Antenatal Attachment Scale (Condon, 1993).

Aqui será dada primazia ao instrumento desenvolvido por Condon (1993) - *Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale*, que visa avaliar a vinculação de cada progenitor ao feto, sendo constituída por duas subescalas, cuja cotação origina um resultado global e duas dimensões – a qualidade da vinculação e a intensidade da preocupação, também designada por tempo dispendido no modo de vinculação (Tsartsara & Johnson, 2006). No presente estudo será utilizada a adaptação portuguesa da versão materna da escala – Escala de Vinculação Pré-natal Materna (Camarneiro e Justo, 2010), a qual permite obter quatro padrões de vinculação através do cruzamento das duas dimensões referidas: 1) Qualidade de Vinculação Positiva e Baixa Preocupação; 2) Vinculação Forte e Saudável; 3) Qualidade de Relação Ambivalente ou

Desligada com Baixa Preocupação, e 4) Ansioso ou Ambivalente com Elevada Preocupação.

A vinculação materna ao bebé constitui, assim, uma relação única e persistente no tempo, permitindo uma adaptação mútua na qual se identificam contributos de ambas as partes, sendo influenciada pelo que ocorre antes, durante e após o parto (Figueiredo, 2003).

Capítulo II: A Depressão Pós-Parto

II.1 Definição e Prevalência

Actualmente, com o conhecimento dos resultados de diversos estudos, é sobejamente reconhecida a ocorrência de sintomatologia depressiva no decorrer das semanas que se seguem ao parto. Este processo pode culminar num episódio depressivo major, aquilo que se designa por depressão pós-parto, atingindo, segundo a literatura entre 10 a 15% das puérperas (Cox, Holden & Sagovsky, 1987; Figueiredo, 2001), aumentando para 26% quando se trata de populações de alto risco (Sidor *et al.*, 2011). Sendo que entre 20 a 40% das mulheres apresenta perturbação emocional ou disfunção cognitiva no período pós-parto (Coutinho & Saraiva, 2008), em Portugal verifica-se uma prevalência de 13,15% entre as duas e as cinco semanas pós-parto (Augusto *et al.*, 1996), aumentando para 31,5% entre os zero e os três meses e para 53,7% entre os quatro e os doze meses (Areias *et al.*, 1996^a, 1996b *cit in* Figueiredo, 2007). Os dados mostram, também, que entre o terceiro trimestre de gestação e os seis meses após o parto a incidência é de 17,3% (Gorman *et al.*, 2004 *cit in* Figueiredo, 2007).

II.2 Etiologia e Co-morbilidade

A Depressão pós-parto apresenta uma etiologia multifactorial, podendo por vezes estar associada a outros transtornos e cujo não tratamento implica que possa perdurar por meses ou até anos, potenciando o risco de ocorrência de outros episódios depressivos no futuro (Figueira, Corrêa, Malloy-Diniz & Romano-Silva, 2009). Acresce, ainda, que a ocorrência de depressão pós-parto acarreta também consequências negativas ao nível da interacção mãe-bebé e, portanto, tem repercussões no desenvolvimento deste, nomeadamente ao nível neurobiológico, psicológico e cognitivo, estendendo-se o impacto ao nível familiar (Figueira, Corrêa, Malloy-Diniz & Romano-Silva, 2009; Cox, Holden & Sagovsky, 1987; Figueiredo, 2001). As mães que apresentam sintomatologia depressiva manifestam menos afectos positivos e tendem a apresentar menos sensibilidade na interacção com os seus bebés. Manifestam mais sinais de stress e maiores dificuldades na adaptação ao seu papel de mãe. A menor sincronia patente na interacção com o bebé aumenta o risco de estabelecimento de uma

vinculação insegura. A relação assim estabelecida caracteriza-se por uma comunicação materna disruptiva, uma vez que estas mães apresentam maior dificuldade na interpretação dos sinais do bebé. É de notar que se verifica maior manifestação de afectividade negativa na relação com os filhos do sexo masculino do que no caso das filhas (Sidor *et al.*, 2011). Os mesmos autores referem que as mães deprimidas constituem um grupo heterogéneo; algumas mães deprimidas apresentam-se como intrusivas e zangadas e manipulam o bebé de forma agressiva enquanto mães deprimidas pouco responsivas desinvestem a comunicação e acabam por efectuar uma retirada da relação.

Ao longo dos anos têm sido utilizados diversos instrumentos que visam a detecção de sintomatologia depressiva no período pós-parto (Cox, Holden & Sagovsky, 1987; Figueira, Corrêa, Malloy-Diniz & Romano-Silva, 2009; Freeman *et al.*, 2005; Sutter-Dallay, Murray, Glatigny-Dallay & Verdoux, 2003; Orhon, Ulukol & Soykan, 2007; Hanusa *et al.*, 2008; Hanna, Jarman & Savage, 2004). Neste estudo será utilizada a adaptação portuguesa (Augusto, Kumar, Calheiros, & Figueirido 1996), da Edinburgh Postnatal Depression Scale (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987), que permite averiguar a ocorrência de sintomatologia depressiva nas puérperas, e cuja descrição será apresentada mais à frente, na secção dedicada aos Instrumentos.

Capítulo III: Percepção Materna do Comportamento do Recém-Nascido

III.1 Relação Precoce e Vinculação

O impacto da perda ou separação precoce face à figura materna (ou outra equivalente) no processo de desenvolvimento da criança é hoje vastamente conhecido. Esta temática adquiriu relevo significativo após a segunda guerra mundial, remontado e essa época os primeiros estudos neste âmbito. Ainda que a influência da etologia tivesse já anteriormente propiciado alguns estudos sobre a vinculação enquanto processo primário; nomeadamente, Himre Herman defendia já a ideia de uma necessidade primária de agarrar por comparação com os primatas. Entre os que defendiam a teoria do apoio proposta por Freud e seguida por outros notáveis como Balint e os que proponham o abandono desta como Fairbairn, que viria a influenciar Bowlby, ou com a descrição dos efeitos de separação prolongada em crianças pequenas feita por Anna Freud, bem como os efeitos da institucionalização descritos por outros como René Spitz, gerou-se um enorme corpo de conhecimentos que viriam dar origem às actuais teorias de vinculação. A teoria da vinculação proposta por Bowlby (1958), apesar de algumas contestações iniciais, adquire significado experimental através dos estudos de Mary Ainsworth, com a criação da célebre situação estranha através da qual é possível perceber a relação entre uma dada categoria de vinculação e o estilo de *maternage* que lhe corresponde. Na senda de Ainsworth, Mary Main será responsável pelo desenvolvimento da *Adult Attachment Interview* que permite perceber não só as representações de vinculação nos adultos como também perceber a transmissão inter-geracional dos padrões de vinculação (Antoine Guedeney, 2004).

Bowlby elabora uma teoria da vinculação recorrendo a conceitos adaptados de outras ciências como a etologia, ciências cognitivas e teorias da informação. Adquire uma perspectiva darwiniana propondo que a evolução do sistema de vinculação se dá por influência das pressões evolutivas pelo que o sistema de vinculação ao privilegiar a proximidade ao adulto protector, constitui uma vantagem selectiva. Na senda de Bowlby, outros como Fonagy ou Stern, valorizam a manutenção desta proximidade para

o desenvolvimento da mentalização e intersubjectividade do bebé. Neste sentido, esta é uma proximidade espacial, o espaço que medeia o bebé e a sua figura de vinculação, espaço cuja dimensão se ajusta de forma a garantir a satisfação das necessidades do bebé. O comportamento de vinculação é assim, aquele que permite uma maior proximidade à figura de vinculação, geralmente a mãe, e posteriormente todos os que se envolvem numa interacção duradoura e contínua com o bebé, originando um sentimento de segurança. Comportamentos como o sorriso ou as vocalizações do bebé, o choro, o agarrar-se e mais tarde o gatinhar constituem acções que promovem a aproximação da figura de vinculação, sendo, por isso, comportamentos de vinculação. A relação de vinculação vai então evoluindo de forma progressiva e complexa. De acordo com Ainsworth (1989 *cit in* Guedeney & Guedeney, 2004)) esta relação privilegiada distingue-se de todas as outras relações sociais em quatro aspectos: 1) a procura de proximidade; 2) uma exploração mais liberta na presença da figura de vinculação, isto é, o conceito de base segura; 3) a existência de comportamentos de refúgio (em direcção à figura de vinculação) quando existe uma sensação de ameaça e 4) as reacções significativas, ainda que involuntárias, face à separação. O sistema de vinculação pode, então, entender-se como um conjunto de comportamentos de vinculação e constitui-se através de cinco sistemas motivacionais. O sistema de vinculação *per se* visa o estabelecimento e manutenção da proximidade, activando-se quando o bebé deseja /necessita de a estabelecer (recorrendo, para isso, aos já referidos comportamentos de vinculação) e que cessa quando a proximidade desejada é atingida. Este sistema difere em três períodos por correspondência a fases de desenvolvimento distintas. Se entre os zero e os seis meses se trata sobretudo de activar os processos discriminativos, é entre os seis meses e os três anos que os sistemas de vinculação adquirem o seu papel com vista ao estabelecimento mais activo de proximidade. Está feita a aquisição da noção de causa-efeito, e assim, aos três anos estaremos perante a formação de uma relação recíproca. Uma vez atingida a capacidade de pensar em termos temporais e espaciais, a criança é, então, capaz de suportar o afastamento face à figura de vinculação. A este sistema de vinculação está intimamente ligado um sistema exploratório, de curiosidade e domínio face ao meio, sendo estes sistemas activados e desactivados de forma antagónica. O terceiro sistema é designado por afiliativo (ou de sociabilidade), que Bowlby, defende estar ligado a uma tendência inata biologicamente determinada. Este

sistema será activado quando o sistema de vinculação está desactivado. O sistema medo-angústia, o quarto, refere-se à capacidade de prestar atenção ao meio envolvente discriminando situações potencialmente perigosas e respondendo de forma a evita-las potenciando a sensação de segurança face ao ambiente. Por fim, do lado materno, temos o sistema de *caregiving*, que diz respeito ao cuidado parental, visto por Bowlby como uma necessidade biologicamente determinada de prestação permanente de cuidados (Nicole Guedeney, 2004). Por parte da figura materna é fundamental que exista um envolvimento com o mundo emocional do seu bebé, o que foi descrito por Ainsworth (1978) como “Sensibilidade”. As mães que se envolvem desta forma são capazes de se “sintonizar” com as necessidades dos seus bebés, interpretando e respondendo aos seus sinais de forma apropriada, num espaço de tempo que não provoque excessiva frustração ao bebé. Desta forma a sensibilidade materna encontra-se fortemente correlacionada com um estilo de vinculação segura no bebé. É também neste sentido que Winnicott (1956) faz referência à *Preocupação Materna Primária*, que descreve como um estado caracterizado por uma sensibilidade exacerbada, que se prolonga desde a gravidez até algumas semanas após o parto, “*uma doença normal*” que permite uma adaptação sensível e delicada da mãe às necessidades do bebé. Por conseguinte, a mãe deverá ser “*suficientemente boa*”, para que o bebé possa “*continuar a ser*” livre se sentimentos de intrusão ou aniquilação fruto de frustrações excessivas.

Assim, o tipo de cuidado que o bebé recebe é fundamental para a criação de um conjunto de expectativas pré-verbais relativas à interacção com o outro que se desenvolvem ao longo da vida (Evans *et al.*, 2009).

No presente trabalho, não será directamente avaliada a relação precoce, podendo a qualidade desta ser inferida pela avaliação das percepções maternas respeitantes ao comportamento do recém-nascido e à sua confiança na prestação de cuidados ao bebé. Neste sentido será utilizada a tradução portuguesa da escala Mother and Baby Scales (Wolke & St James-Roberts, 1987; Trad. Ana Raquel da Mota Marques, 2007).

Capítulo IV: Objectivos e Hipóteses do Estudo

IV.1 Objectivos:

O presente estudo tem como objectivos averiguar a relação entre o padrão de vinculação materna pré-natal, o risco de incidência de depressão pós-parto e a percepção materna do comportamento do recém-nascido, bem como a confiança materna para cuidar do bebé.

IV.2 Hipóteses Gerais (HG):

Hipótese 1: A vinculação pré-natal de tipo seguro está associada ao planeamento da gravidez;

Hipótese 2: A vinculação pré-natal de tipo seguro está associada a uma menor probabilidade de desenvolvimento da depressão pós-parto;

Hipótese 3: A vinculação pré-natal de tipo seguro está relacionada com percepções maternas positivas acerca do comportamento do recém-nascido;

Hipótese 4: A vinculação pré-natal de tipo seguro está associada a uma percepção materna positiva acerca da confiança relativa aos cuidados a prestar ao bebé;

Hipótese 5: A depressão pós-parto está associada a percepções maternas mais negativas acerca do comportamento do recém-nascido;

Hipótese 6: A depressão pós-parto está associada a percepções maternas mais negativas acerca da confiança relativa aos cuidados a prestar ao bebé.

IV.3 Definição de Variáveis:

HG1:

Variável Independente (VI 1): Planeamento da gravidez

Variável Dependente (VD 1): Vinculação pré-natal de tipo seguro

HG2:

Variável Independente (VI 2): Vinculação pré-natal de tipo seguro

Variável Dependente (VD 2): Depressão pós-parto

HG3:

Variável Independente (VI 3): Vinculação pré-natal de tipo seguro

Variável dependente (VD 3): Percepções maternas do comportamento do recém-nascido

HG4:

Variável Independente (VI 4): Vinculação pré-natal de tipo seguro

Variável Dependente (VD 4): Percepção materna acerca da confiança nos cuidados a prestar ao bebé

HG5:

Variável Independente (VI 5): Depressão pós-parto

Variável Dependente (VD 5): Percepções maternas acerca do comportamento do recém-nascido

HG6:

Variável Independente (VI 6): Depressão pós-parto

Variável Dependente (VD 6): Percepções maternas acerca da confiança nos cuidados a prestar ao bebé.

IV.4 Operacionalização das Variáveis (Instrumentos):

Nesta secção, são apresentados os instrumentos utilizados para avaliar as dimensões em estudo. Para avaliar o padrão de vinculação materna pré-natal foi utilizada a Escala de Vinculação Materna Pré-Natal (Condon, 1993; Camarneiro & Justo, 2010). Relativamente à avaliação da ocorrência de sintomatologia depressiva no período pós-parto, foi utilizada para o efeito a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (*Cox. et al., 1987; Augusto, 1996*). Para a avaliação da Percepção Materna do Comportamento do Recém-Nascido e da Percepção Materna de Confiança nos Cuidados Prestados ao Recém-Nascido foi utilizada a Escala MABS (Wolke & St James-Roberts, 1987; Trad. Ana Raquel da Mota Marques, 2007). Foram, ainda, utilizados dois Questionários Sócio-Demográficos (I e II) para a recolha de dados considerados relevantes em cada fase da recolha (pré e pós-parto).

IV.4.1 *Escala de Vinculação Materna Pré-Natal* (Condon, 1993; Camarneiro & Justo, 2010).

A *Escala de Vinculação Pré-natal Materna* é constituída por 19 itens que avaliam os sentimentos de vinculação relativamente ao feto. A escala permite obter um resultado global e duas dimensões: a primeira (8 itens) refere-se à Qualidade da Vinculação (traduzindo a qualidade das experiências afectivas, bem como sentimentos de proximidade, ternura e prazer), a segunda (7 itens) diz respeito à Intensidade da Preocupação ou Tempo Dispendido no Modo de Vinculação (respeitante ao tempo dispendido com preocupação com o feto, a pensar, sonhar, palpar ou falar sobre ele, bem como o que a gestante sente nesses períodos). Os itens são pontuados individualmente numa escala de tipo Likert entre 1 (mínimo) e 5 (máximo), havendo necessidade de proceder à inversão em alguns dos itens. Demora cerca de 5-10 minutos a responder.

No que respeita à consistência interna da escala, a versão original (Condon, 1993) apresenta um alfa de Chronbach de .82, sendo o valor da adaptação portuguesa .744 (Camarneiro & Justo, 2010). No presente estudo a análise da consistência interna revelou um alfa de Chronbach de .716.

IV.4.2 Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (Cox. et al., 1987; Augusto, 1996).

A Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo avalia a presença de sintomas depressivos, bem como a sua intensidade nos sete dias que precedem o seu preenchimento. É composta por 10 itens, cujas respostas são cotadas numa escala de tipo Likert de quatro pontos (0 a 3). Um ponto de corte superior a 12/13 indica ocorrência de episódio depressivo, segundo Cox *et al.* (1987). Neste estudo, dada a dimensão da amostra, utiliza-se um ponto de corte superior a 12, como é sugerido por outros estudos (Augusto *et al.*, 1996; Figueiredo, 2007). No que respeita à consistência interna da escala, na versão original é de .87 (Cox et al, 1987), na versão portuguesa o alfa de Cronbach apresenta um valor de .85 (Figueiredo, 1997). No presente estudo, a análise da consistência interna revelou um valor de .87.

IV.4.3 Escala de Percepção Materna do Comportamento do Recém-nascido (Wolke & St James-Roberts, 1987; Trad. Ana Raquel da Mota Marques, 2007).

A Escala é constituída por 64 itens, agrupados em 8 subescalas, que permitem avaliar a emocionalidade negativa e o comportamento do recém-nascido (Irregular; Irritável durante a mamada; Alerta-responsivo; Alerta durante a mamada e Fácil), reportando-se a comportamentos que emergem naturalmente nesta fase e à percepção materna de confiança nos cuidados prestados ao bebé (Falta de confiança na prestação de cuidados; Falta de confiança a amamentar e Confiança global). A resposta a cada item obedece a uma escala unidimensional desde 0 (Nunca) a 5 (muitas vezes), sendo, por vezes, necessário proceder à sua inversão em alguns dos itens. No estudo que agora se apresenta, a análise da consistência interna revelou um valor de .789 (alfa de Cronbach).

IV.4.4 Questionários Sócio-demográficos I e II

Os Questionários Sócio-demográficos I e II, construídos para este estudo, destinam-se à recolha de dados que permitem a caracterização da amostra, bem como o controlo de algumas variáveis pertinentes. O Questionário Sócio-demográfico I utilizado na recolha de dados correspondente à fase pré-parto, permite controlar as variáveis: Idade; Estatuto Conjugal; Nível Socioeconómico; Características da Gravidez (tempo de gestação, complicações, planeamento, etc.); História obstétrica (nomeadamente a paridade); Planos para amamentação. Na fase pós-parto, o Questionário Sócio-demográfico II permite controlar as variáveis: Tipo de Parto; Duração do Trabalho de Parto; Tempo de Gestação aquando do Trabalho de Parto; Necessidade de cuidados médicos após o parto; Tempo de Permanência na Maternidade; Sexo, Peso e Comprimento do Recém-Nascido; Índice de *Apgar*; Necessidade de Cuidados Neonatais e Tipo de Alimentação do bebé.

IV.5 Hipóteses Específicas (HE):

Hipótese Específica 1 (HE1): Padrões de vinculação caracterizados por elevada preocupação/tempo gasto no modo de vinculação (Quadrantes 2 e 4) têm maior prevalência em grávidas que planearam a sua gravidez;

Hipótese Específica 2 (HE2): Puérperas com níveis elevados de depressão pós-parto são menos prevalentes entre mulheres com padrões de vinculação pré-natal caracterizados por elevada preocupação/tempo gasto no modo de vinculação (Quadrantes 2 e 4);

Hipótese Específica 3 (HE3): Percepções maternas positivas acerca do comportamento do recém-nascido (Irrequieto-Irregular; Irritável durante a mamada; Alerta-Responsivo; Alerta durante a mamada; Fácil) têm maior prevalência em grávidas com padrões de vinculação pré-natal caracterizados por elevada preocupação/tempo gasto no modo de vinculação;

Hipótese Específica 4 (HE4): Percepções maternas positivas acerca da confiança materna para cuidar do bebé (Falta de Confiança na prestação de cuidados; Falta de confiança na amamentação; Confiança Global) têm maior prevalência em grávidas com padrões de vinculação pré-natal caracterizados por elevada preocupação/tempo gasto no modo de vinculação (Quadrantes 2 e 4).

Hipótese Específica 5 (HE5): As percepções maternas negativas acerca do comportamento do recém-nascido (Irrequieto-Irregular; Irritável durante a mamada; Alerta-Responsivo; Alerta durante a mamada; Fácil) são mais prevalentes entre as puérperas com depressão pós-parto.

Hipótese Específica 6 (HE6): As percepções maternas negativas acerca da confiança materna para cuidar do bebé (Falta de Confiança na prestação de cuidados; Falta de confiança na amamentação; Confiança Global) são mais prevalentes entre as puérperas com depressão pós-parto.

IV.6 Delineamento do Estudo

Para testar as hipóteses acima mencionadas será necessário proceder à recolha de dados de uma amostra de gestantes, em dois momentos: durante o terceiro trimestre de gestação e algumas semanas após o parto. As gestantes receberão informação sobre os objectivos do estudo, e sobre as condições da sua participação. Neste sentido, será obtido o consentimento informado de cada uma das participantes, para a sua colaboração no estudo.

Na abordagem às participantes serão aplicados os seguintes instrumentos: Questionário Sócio-Demográfico I e Escala De Vinculação Materna Pré-natal (no primeiro momento); Questionário Sócio-Demográfico II, Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo e Mother and baby Scales (no segundo momento de recolha).

IV.7 Procedimento

A amostra foi recolhida entre Dezembro de 2010 e Maio de 2011. A recolha dos dados foi realizada em dois momentos, primeiro durante o terceiro trimestre de gestação (pré-parto) e numa fase posterior, entre as 3 e as 10 semanas após o parto.

Na fase referente ao pré-parto a recolha foi feita em sessões de preparação para o parto, que tiveram lugar nos centros de saúde de Tomar e Abrantes e através da rede de contactos pessoais da investigadora. Nesta fase, as participantes tomaram conhecimento dos objectivos do estudo tendo-se obtido o consentimento informado das gestantes para a sua participação no mesmo e assegurado a confidencialidade de todas as informações fornecidas, após o que se procedeu à recolha de alguns dados pessoais através do Questionário Sócio-Demográfico I e, posteriormente, procedeu-se à aplicação da Escala de Vinculação Materna Pré-Natal (Condon, 1993; Camarneiro & Justo, 2010).

A recolha para a fase referente ao período do Pós-Parto foi feita através de contacto telefónico e posterior envio por correio do Questionário Sócio-Demográfico II, da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (Cox. et al., 1987; Augusto, 1996) e da Escala de Percepção Materna do Recém-Nascido (Wolke & St James-Roberts, 1987; Trad. Ana Raquel da Mota Marques, 2007). Foi também enviado, juntamente com os referidos instrumentos, um envelope selado para as participantes procederem à sua devolução.

IV.8 Procedimentos Estatísticos

Procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados através do programa PASW Statistics (versão 18), tendo-se recorrido à estatística descritiva, especificamente ao cálculo da média, do desvio-padrão e dos valores mínimos e máximos, bem como ao cálculo de frequências e percentagens, dependendo de o tipo de dados ser relativo a variáveis contínuas ou a variáveis categoriais.

Para testar cada uma das hipóteses orientadoras deste estudo recorreu-se ao teste do Qui-quadrado para independência, no caso de variáveis de tipo categorial.

Posteriormente, recorreu-se à análise de Regressão Múltipla, mais precisamente a análise da Regressão linear através do modelo hierárquico a fim de averiguar qual a contribuição das variáveis independentes para as alterações nas variáveis dependentes antecipadas nas hipóteses do estudo.

Capítulo V: Método

V.1 Participantes

V.1.1 Caracterização das Mães

Participaram, na fase de recolha de dados no período correspondente ao pré-parto, 50 grávidas no terceiro trimestre de gestação. Destas, permaneceram no estudo 31 (62%) para a fase de recolha de dados referentes ao pós-parto. Nesta secção será apresentada a caracterização de todas as participantes.

A amostra é, assim, constituída por 31 gestantes, no decorrer do terceiro trimestre de gravidez entre as 29 e as 40 semanas de gestação ($M = 34.22$, $DP = 2.75$). A média de idades das gestantes que constituem a amostra é 29.68 anos ($DP = 3.77$), com uma idade mínima de 20 anos e uma idade máxima de 37 anos.

No Quadro 1, apresentam-se as frequências e percentagens referentes à zona de residência das participantes. A maioria (32.3%) reside em Tomar, 22.6% reside na Guarda, 16.5% reside em Lisboa, 12.9% reside em Abrantes e as áreas de residência das restantes 16.1% correspondem a Torres Novas, Ferreira do Zêzere, Entroncamento e Alcobaça.

Quadro 1. Zona de Residência das Participantes – Frequências e Percentagens

	Tomar	Torres Novas	F. do Zêzere	Entroncamento	Abrantes	Lisboa	Alcobaça	Guarda
Gestantes (N=31)	10 (32.3%)	2 (6.5%)	1 (3.2%)	1 (3.2%)	4 (12.9%)	5 (16.1%)	1 (3.2%)	7 (22.6%)

No que concerne ao grau de escolaridade, o número de anos de estudo com sucesso está entre os 9 e os 17 ($M = 13.58$, $DP = 3.04$). A maioria das participantes (45.2%) apresenta nível de formação universitário, 41.9% com nível de ensino médio superior (entre 10 a 11 anos de estudo) e as restantes 12.9% apresentam um

nível de ensino médio inferior (entre 8 a 9 anos de estudo), de acordo com a Tipologia de Graffard (1956). Quanto à profissão, de acordo com Classificação Nacional de Profissões (1980), (35.5%) integra o grande grupo 2 (especialistas das profissões intelectuais e científicas), 32.2% corresponde ao grande grupo 9 (trabalhadores não qualificados), 12.9% integra o grande grupo 5 (pessoal dos serviços e vendedores), as restantes participantes exercem ocupação profissional de nível técnico intermédio, grande grupo 3 (9.7%), grande grupo 7, (operários, artífices e trabalhadores similares) (6.5%) e grande grupo 4, pessoal administrativo e similares (3.2%).

Relativamente à classe social, usando-se a categorização com base na Classificação Social Internacional de Graffard (1956), existe uma maior preponderância de famílias de classe Média (45.2%) e é também de salientar que nenhuma se situa na classe Média-Baixa. As restantes integram a classe Média-Alta (32.3%), a classe Alta (19.4%) e a classe Baixa (3.2%). A maioria das participantes é casada (77.4%), 9.75% são divorciadas, 6.5% são solteiras e 6.5% vivem em união de facto. No que respeita à constituição do agregado familiar, a maioria (58.1%) vive com o marido/companheiro, 32.3% vive com o marido e filhos e 9.7% vive com o marido, filhos e ascendentes.

Quanto à caracterização da gestação actual, a maioria das gestantes refere que esta foi planeada (77.4%) e as restantes referem que esta gestação não foi planeada (22.6%). A maioria refere que a gravidez foi desejada (96.8%) e 3.2% não respondeu à questão. No que respeita à saúde na gestação, a sua caracterização apresenta-se no Quadro 2. Na sua maioria, as gestantes apresentam uma gestação saudável.

Quadro 2. Caracterização da Saúde na Gestação – Frequências e Percentagens

	Saudável	Complicada	De Risco
Gestantes (N = 31)	28 (90.3%)	1 (3.2%)	2 (6.5%)

Quanto à história obstétrica, para a maioria das participantes, esta é a primeira gestação (58.1%). Para 35.1% esta é a segunda gestação e para 6.5% esta é a terceira gestação. Relativamente ao número de filhos anteriores, 32.3% tem um filho de gestações anteriores, 3.2% tem dois filhos de gestações anteriores e para a maioria (64.5%) este será o primeiro filho. No que concerne ao planeamento da amamentação, todas as gestantes (100%) planeiam amamentar o seu bebé. No Quadro 3, apresenta-se o planeamento da amamentação no que se refere à sua duração. Na sua maioria, as gestantes planeiam amamentar o bebé o máximo de tempo possível.

Quadro 3. Planeamento da Amamentação (Duração) – Frequências e Percentagens

	6 Meses	1 Ano	Enquanto o bebé quiser	O máximo de tempo possível
Gestantes (N = 31)	3 (9.7%)	2 (6.5%)	1 (3.2%)	25 (80.6%)

V.1.1.1 Caracterização das Gestantes que participaram apenas na primeira fase do estudo

No que respeita às 19 gestantes que apenas participaram na primeira fase de recolha de dados para o estudo, as suas características sócio-demográficas e história obstétrica são agora apresentadas.

Neste universo de 19 gestantes, a maioria (42,1%) reside na zona de Lisboa e Tomar (42,1%), as restantes residem em Torres Novas (5,3%), Alcobaça (5,3%) e Guarda (5,3%). A média de idades é de 31,37 (DP = 5,84), apresentando um mínimo de 18 anos e um máximo de 44 anos.

Relativamente ao grau de escolaridade, o número de anos de estudo com sucesso encontra-se entre os 9 e os 18 (M = 14,95, DP = 3,00). A maioria (68,5) apresenta nível de formação universitário, sendo que as restantes apresentam um nível de ensino médio superior (21,1%) e um nível de ensino médio inferior (10,5%), de acordo com a tipologia de Graffard (1956).

No que concerne à classe social, recorrendo à categorização de acordo com a Classificação Social internacional de Graffard (1956), neste grupo de gestantes existe uma maior preponderância de famílias de classe Média Alta (42,1%), incluindo-se as restantes na classe Alta (36,8%) e classe Média (21%).

Quanto à caracterização da gestação actual, este grupo de gestantes encontra-se entre as 26 e as 29 semanas de gestação ($M = 32,21$, $DP = 3,5$). A maioria das gestantes refere que esta gestação foi planeada (89,5%), sendo que as restantes (10,5%) referem que esta gestação não foi planeada. Para a maioria esta é uma gestação desejada (94,7%), apenas uma das gestantes não respondeu a esta questão. No que diz respeito à saúde na gestação, a maioria das gestantes refere que se trata de uma gestação saudável (84,2%), as restantes gestantes referem tratar-se de uma gestação de risco (10,5%) ou com complicações (5,3%). Relativamente à história obstétrica, para a maioria destas participantes esta é a primeira gestação (73,7%). Para 21,1% esta é a segunda gestação e para 5,3% trata-se da terceira gestação.

No que respeita ao planeamento da amamentação, todas as gestantes (100%) planeiam amamentar o seu bebé, o máximo de tempo possível.

V.1.2 Caracterização do Parto

Relativamente à caracterização do trabalho de parto, o tempo de gestação das participantes aquando do trabalho de parto está entre as 36 e as 40 semanas de gestação ($M = 38.97$, $DP = 1.05$). Quanto à duração do trabalho de parto, a média é de 8.11 horas ($DP = 5.56$), apresentando um mínimo de 25 minutos e um máximo de 24 horas. Relativamente ao tempo de permanência na maternidade após o parto, este varia entre 1 e 10 dias ($M = 3.26$, $DP = 1.79$). No que respeita à necessidade de cuidados maternos após o parto, a maioria das gestantes não necessitou de cuidados médicos após o parto (74.2%) e as restantes (25.8%) necessitaram de algum tipo de cuidados médicos após o parto. No Quadro 4, discrimina-se o tipo de parto das participantes, em frequências e percentagens, sendo que a maioria das gestantes recorreu ao uso de epidural (48.4%). Verifica-se a mesma percentagem de partos eutócitos (normais) e por cesariana (22.6%)

Quadro 4. Tipo de Parto – Frequências e Percentagens

	Eutócito	Cesariana	Epidural	Fórceps
Gestantes (N = 31)	7 (22.6%)	7 (22.6%)	15 (48.4%)	2 (6.5%)

V.1.3 Caracterização dos Bebés

No Quadro 5, apresenta-se a caracterização dos recém-nascidos no que concerne ao sexo. A maioria é do sexo feminino.

Quadro 5. Sexo dos Recém-Nascidos – Frequências e Percentagens

	Feminino	Masculino
Recém-Nascidos (N = 31)	18 (58.1%)	13 (41.9%)

Relativamente ao índice de *Apgar*, os valores correspondentes ao primeiro minuto variam entre 5 e 10 ($M = 8.64$, $DP = 1.14$), ao quinto minuto, todos os bebés apresentaram um valor de 10 (100%). O peso aquando do nascimento varia entre 2.180 kg e os 3.820 kg ($M = 3.165$, $DP = 0.381$). Os valores correspondentes ao comprimento à nascença apresentam uma média de 48.80 cm, variando entre os 37.20 cm e os 58 cm ($DP = 3.17$).

Quanto à necessidade de cuidados neonatais, a maioria dos recém-nascidos não necessitou de cuidados neonatais (80.6%) e 19.4% necessitaram de algum tipo de cuidado médico após o nascimento.

No quadro 6, apresenta-se a caracterização do tipo de alimentação do recém-nascido entre as 3 e as 10 semanas posteriores ao parto, havendo preponderância para a amamentação (71%) e para alimentação com leite materno e suplemento (19.4%).

Quadro 6. Tipo de Alimentação do Recém-Nascido – Frequências e Percentagens

	Amamentação	Leite Materno e Suplemento	Leite em Pó
Recém-Nascidos (N = 31)	22 (71%)	6 (19.4%)	3 (9.7%)

Capítulo VI: Resultados

VI.1 Caracterização dos Estilos de Vinculação Materna Pré-Natal

Neste ponto, apresenta-se a caracterização dos estilos de vinculação materna pré-natal para a qual o instrumento utilizado, como já referido anteriormente, foi a Escala de Vinculação Materna Pré-Natal (Camarneiro & Justo, 2010), adaptação portuguesa da MAAS (Condon, 1993). Neste estudo, foi utilizada a versão completa da escala (19 itens). No Quadro 7 apresenta-se a estatística descritiva da escala, relativamente ao resultado global e às duas dimensões (Qualidade de Vinculação e Intensidade da Preocupação/Tempo Gasto no Modo de Vinculação).

Quadro 7. Estatística Descritiva da Escala de Vinculação Materna Pré-Natal

Escala de Vinculação Materna Pré-Natal	N	Mínimo	Máximo	Média	d.p.	Mediana
Subescala						
Dimensão 1 (QV)	31	25	37	32.93	2.94	34
Dimensão 2 (IP)	31	9	26	19.64	3.79	20
Global	31	57	82	72.61	6.17	73

Uma vez que a qualidade de vinculação tende a ser independente da intensidade de preocupação, através do cruzamento das medianas para a obtenção dos quatro quadrantes referentes aos padrões de vinculação materna pré-natal (Condon, 1993; Camarneiro & Justo, 2010) foi então possível caracterizar o padrão de vinculação pré-natal das gestantes.

A maioria das gestantes encontra-se distribuída entre o Quadrantes 2 – “Qualidade de relação positiva e elevada preocupação/tempo gasto no modo de vinculação” (35.35%) e o Quadrante 3 – “Qualidade de relação ambivalente ou desligada e baixa preocupação/tempo gasto no modo de vinculação” (32.3%), as restantes gestantes apresentam um padrão de vinculação materna pré-natal correspondente aos Quadrantes 1 - “Qualidade de relação positiva e baixa preocupação” (16.1%) e ao Quadrante 4 – “Qualidade de relação ambivalente ou desligada com elevada preocupação/tempo gasto no modo de vinculação” (16.1%).

VI.1.1 Caracterização dos Estilos de Vinculação Materna Pré-Natal das Gestantes que Apenas Participaram na Recolha de Dados referente ao Período Pré-Parto

No que concerne ao universo das 19 gestantes que apenas participaram na recolha de dados referente ao período pré-parto, a maioria apresenta um padrão de vinculação relativo ao Quadrante 2 - “Qualidade de relação positiva e elevada preocupação/tempo gasto no modo de vinculação” (80.0%). Quanto às restantes gestantes, 31,6% apresenta um padrão de vinculação pré-natal que se coaduna com o Quadrante 4 - “Qualidade de relação ambivalente ou desligada com elevada preocupação/tempo gasto no modo de vinculação”, 15,8% encontra-se no Quadrante 3 - “Qualidade de relação ambivalente ou desligada e baixa preocupação/tempo gasto no modo de vinculação”. E, 10,5% encontra-se no Quadrante 1 - “Qualidade de relação positiva e baixa preocupação”.

VI.2 Caracterização da ocorrência de Sintomatologia Depressiva Pós-parto

A ocorrência de sintomatologia depressiva pós-parto na amostra deste estudo, apresenta uma distribuição aproximadamente normal ($M = 7.10$, $DP = 4.805$), como é possível verificar pelo gráfico de distribuição das frequências, constantes no Anexo 1.

A maioria das puérperas (83.9%) obteve um valor total inferior a 12, apenas 16.2% das puérperas obtiveram um valor total superior ou igual ao ponto de corte considerado para o presente estudo (12), correspondente a ocorrência de sintomatologia depressiva com significado clínico.

VI.3 Caracterização da Percepção Materna do Comportamento do Recém-nascido

No Quadro 8, apresenta-se a estatística descritiva relativamente à percepção materna do comportamento do recém-nascido, nas cinco dimensões avaliadas.

Quadro 8. Estatística Descritiva das Subescalas (MABS) relativas à Percepção Materna do Comportamento do Recém-Nascido

Subescala	Média	<i>d.p.</i>	Mínimo	Máximo	“Leque Normal”
Irrequieto-Irregular	30	12.17	11	57	17.83 – 42.17
Irritável durante a mamada	9.5	7.21	0	25	2.29 – 16.71
Alerta-Responsivo	30.8	5.39	18	39	25.41 – 36.19
Alerta durante a mamada	16.2	3.97	5	24	12.23 – 20.17
Fácil	4.4	3.02	-2	9	1.38 – 7.42

VI.4 Caracterização da Percepção Materna de Confiança na Prestação de Cuidados ao Recém-nascido

No Quadro 9 é apresentada a estatística descritiva referente às subescalas maternas no que respeita à percepção de confiança nos cuidados prestados ao recém-nascido, nas três dimensões avaliadas.

Quadro 9. Estatística Descritiva das subescalas (MABS) referentes à Percepção Materna de Confiança nos Cuidados Prestados ao Recém-Nascido

Subescala	Média	<i>d.p.</i>	Mínimo	Máximo	“Leque Normal”
Falta de Confiança durante a Amamentação	8.84	7.75	0.0	29	1.09-16.59
Falta de Confiança nos Cuidados Prestados	17.59	11.77	0.0	45	5.82-29.36
Confiança Global	3.45	4.41	-9	8	-0.96-7.86

IV.5. Testagem da *Hipótese Específica 1*: Relação entre o Planeamento da Gravidez e o Padrão de Vinculação Materna Pré-Natal

Através do cruzamento entre os resultados obtidos para a constituição dos Quadrantes de Vinculação Materna Pré-Natal e os dados obtidos no Questionário Sócio-demográfico I, foi possível analisar a relação entre o planeamento da gravidez e o Padrão de Vinculação Materna Pré-Natal das gestantes. Esta análise foi realizada com recurso ao Teste de Qui-quadrado (constante no Anexo 2) e o resultado obtido não é significativo (P.C.S. = 2.763; $p = .430$). No que respeita às gestantes que referiram ter planeado a gestação (77.4%), a maioria (29%) insere-se no Quadrante 2 – “Vinculação Forte e Saudável”, 22.6% encontram-se no Quadrante 3 – “Não envolvido ou envolvido de modo ambivalente com baixa preocupação”, 16.1% inserem-se no Quadrante 4 – “Baixa qualidade da relação, elevada preocupação/tempo gasto no modo de vinculação” e as restantes (9.7%) apresentam um padrão de vinculação materna pré-natal referente ao Quadrante 1 – “Qualidade de relação positiva e baixa preocupação/tempo gasto no modo de vinculação”. No que respeita às gestantes que referiram não ter planeado a gestação (22.6%), a maioria (9.7%) insere-se no Quadrante 3, os Quadrantes 1 e 2 apresentam a mesma frequência de gestantes (6.5%), sendo que nenhuma das gestantes que afirmaram não ter planeado a gestação se insere no Quadrante 4 (0,0%).

VI.6 Testagem da *Hipótese Específica 2*: Relação entre o Padrão de Vinculação Materna Pré-Natal e a ocorrência de Sintomatologia Depressiva no Pós-parto

No Quadro 10, apresenta-se a relação entre os quadrantes de vinculação materna pré-natal e a ocorrência de depressão pós-parto. Verifica-se que a ocorrência de sintomatologia depressiva após o parto é mais prevalente em puérperas com padrões de vinculação materna pré-natal relativos aos Quadrantes 1 e 4. No que respeita a gestantes com estilos de vinculação pré-natal característicos do Quadrante 2, não se verifica ocorrência de sintomatologia depressiva pós-parto. Esta análise foi realizada com recurso ao Teste de Qui-quadrado (Anexo 3) e o resultado não é significativo (P.C.S. = 6.605; $p = .086$).

Quadro 10. Relação entre os Quadrantes de Vinculação Materna Pré-Natal e a Ocorrência de Depressão Pós-parto – Frequências e Percentagens.

Ocorrência Depressão Pós-Parto	Quadrante 1	Quadrante 2	Quadrante 3	Quadrante 4	Total
Sem Ocorrência de Sintomatologia Depressiva (EPDtotal <12)	3 9.7%	11 35.5%	9 29%	3 9.7%	29 83.9%
Ocorrência de Sintomatologia Depressiva (EPDtotal ≥ 12)	2 6.5%	0 0%	1 3.2%	2 6.5%	5 16.1%

VI.7 Testagem da *Hipótese Específica 3*: Relação entre o Padrão de Vinculação Materno Pré-Natal e a Percepção Materna do Comportamento do Recém-nascido

Através do cruzamento entre a distribuição das gestantes da amostra pelos quatro quadrantes de vinculação e cada uma das subescalas referentes às percepções maternas do comportamento do recém-nascido, recorrendo ao Teste de Qui-quadrado, é possível fazer uma análise comparativa em termos de percentagens. Nesta análise, os índices estatísticos nunca atingem a significância (Anexos 4, 5, 6, 7 e 8): a) Alerta/Responsivo (P.C.S = 1.983; p = .576), b) Alerta Durante a Mamada (P.C.S = 2.202; p = .531), c) Fácil (P.C.S = 2.842; p = .417), d) Irrequieto/Irregular (P.C.S. = 1.937; p = .586) e e) Irrequieto Durante a Mamada (P.C.S. = .015; p = 1.000).

No que respeita às gestantes com um padrão de vinculação pré-natal referente ao Quadrante 1, estas nunca percebem o comportamento do bebé como *Alerta/Responsivo* nem como *Alerta Durante a Mamada*, não percebendo também o comportamento do recém-nascido como *Fácil*, a minoria tende a considerar o comportamento do recém-nascido como *Irrequieto/Irregular* e *Irritável Durante a Mamada*. As gestantes que apresentam um tipo de vinculação materna pré-natal consentâneo com o Quadrante 2 são as que apresentam maior tendência para considerar o comportamento do recém-nascido como *Alerta/Responsivo*, apresentando a mesma tendência que as gestantes que se encontram no Quadrante 3 para perceberem o comportamento do bebé como *Alerta Durante a Mamada* e a mesma tendência que as gestantes do Quadrante 4 para perceberem o comportamento do recém-nascido

como *Fácil*. Apenas uma minoria das Gestantes com representações da vinculação características do Quadrante 2 tendem a considerar o comportamento do recém-nascido como *Irritável Durante a Mamada e Irrequieto/Irregular*.

Relativamente às gestantes cujo padrão de vinculação pré-natal remete para o Quadrante 3, apenas uma minoria percebe o comportamento do recém-nascido como *Alerta*, o mesmo acontecendo relativamente às percepções do bebé como *Alerta Durante a Mamada*. As mães com este tipo de padrão de vinculação são as que apresentam maior tendência para perceber o comportamento do recém-nascido como *Fácil*. Destas, também apenas uma minoria considera o comportamento dos seus bebés como *Irrequieto/Irregular e Irrequieto Durante a Mamada*. As puérperas cujas representações de vinculação pré-natal se inserem no Quadrante 4, à semelhança do que ocorre relativamente ao Quadrante 1, nunca percebem o comportamento do recém-nascido como *Alerta/Responsivo*, nem como *Alerta Durante a Mamada*. Apenas uma minoria percebe o comportamento do recém-nascido como *Fácil*, o mesmo acontecendo para as percepções do comportamento do bebé enquanto *Irrequieto/Irregular e Irritável Durante a Mamada*.

Reorganizando a variável vinculação materna pré-natal em apenas duas categorias, vamos considerar os dados do Quadrante 2 (valor 1) versus os dados de todos os outros quadrantes (valor 0). Graças a esta alteração, apresentam-se agora os resultados obtidos ao testar a relação entre o Padrão de Vinculação Materna Pré-Natal de tipo Seguro (Quadrante 2) e as Percepções Maternas do Comportamento do Recém-Nascido, correspondentes às subescalas do MABS: *Alerta/Responsivo; Alerta durante a mamada; Fácil; Irrequieto/Irregular; Irritável durante a mamada*.

Para verificar esta relação, efectuámos uma análise de Regressão Linear. Nesta análise, utilizaram-se três modelos: a) no primeiro modelo introduziram-se como variáveis independentes o estatuto socioeconómico (0 = menos elevado; 1 = mais elevado), a idade e a escolaridade; b) no segundo modelo, além das variáveis anteriores, foram introduzidas o número de semanas de gestação, a saúde na gestação (0 = sem problemas; 1 = com problemas) e o número de filhos; c) no terceiro modelo, além das variáveis anteriores, foi introduzida a variável Quadrante de Vinculação Pré-Natal (0 = Q1, Q3 e Q4; 1 = Q2).

Quadro 11: Análise da Regressão em que a variável dependente é a percepção materna do bebê como Alerta/Responsivo

	R	R²	ΔR^2	Sig. F change
Modelo 1	.444	.198	.198	.109
Modelo 2	.486	.237	.039	.747
Modelo 3	.570	.325	.089	.095

Tal como se observa no Quadro 11, nenhum dos modelos consegue explicar uma percentagem significativa da variância da variável dependente. No entanto, o terceiro modelo apresenta um nível de significância quase significativo ($p = .095$). De seguida, no quadro 12, podem observar-se os contributos de cada variável independente.

Quadro 12: Análise da regressão, com valores individuais para cada variável independente, tendo como variável dependente a Percepção Materna do Comportamento do Recém-nascido para a subescala Alerta/Responsivo

	B	DP B	β	Sig.
Modelo 1				
Constante	-0.981	0.548		
Graffar Total(0/1)	-0.056	0.191	-0.094	.773
Idade	0.021	0.015	0.264	.175
Escolaridade	0.035	0.031	0.359	.262
Modelo 2				
Constante	-0.311	0.976		.934
Graffar Total(0/1)	0.18	0.215	0.030*	.425
Idade	0.015	0.019	0.193	.474
Escolaridade	0.26	0.036	0.263	.752
Semanas de Gestação	-0.007	0.021	-0.061	.401
Saúde na Gestação	-0.20	0.237	-0.203	.971
Nº de Filhos	-0.005	0.137	-0.009	
Modelo 3				
Constante	-1.192	1.066		.569
Graffar Total(0/1)	-0.129	0.223	-0.218	.341
Idade	0.018	0.018	0.223	.171
Escolaridade	0.053	0.038	0.540	.837
Semanas de Gestação	0.004	0.021	0.040*	.825
Saúde na Gestação	-0.145	0.230	-0.145	.534
Nº de Filhos	0.030	0.133	0.055	.095
Quadrante Vinculação Pré-Natal (2vs1,3,4)	0.210	0.121	0.340	

Tal como se observa no quadro anterior, o acréscimo quase significativo ($\beta = .340$; $p = .095$) explicado pelo terceiro modelo é devido, única e exclusivamente, à introdução da variável Quadrante de Vinculação Materna Pré-Natal (0/1).

No que respeita à percepção materna do comportamento do recém-nascido enquanto *Alerta Durante a Mamada*, esta também não apresenta uma relação significativa com o padrão de vinculação pré-natal de tipo seguro, como é possível observar no Anexo 9 ($R = 0.402$, $R^2 = 0.161$, $p = .447$). A relação entre o padrão de vinculação pré-natal de tipo seguro e a percepção materna do comportamento do recém-nascido enquanto *Irritável Durante a Mamada* (Anexo 10) também não apresenta significância estatística ($R = 0.504$, $R^2 = 0.254$, $\Delta R^2 = 0.27$, $p = .599$).

Quanto à percepção materna do comportamento do recém-nascido como *Fácil*, esta também não está significativamente relacionada com um padrão de vinculação materna pré-natal de tipo seguro, constante no Anexo 11 ($R = 0.447$, $R^2 = 0.200$, $\Delta R^2 = 0.025$, $p = .406$).

Por fim, a percepção materna do comportamento do recém-nascido como *Irrequieto/Irregular* também não se encontra significativamente relacionada com o padrão de vinculação materna pré-natal de tipo seguro, como se pode observar no Anexo 12 ($R = 0.294$, $R^2 = 0.086$, $\Delta R^2 = 0.00$, $p = .959$).

VI.8 Testagem da Hipótese Específica 4: Relação entre o Padrão de Vinculação Materna Pré-Natal e a Percepção Materna de Confiança na Prestação de Cuidados ao Recém-nascido

A análise comparativa em termos de percentagens, mais uma vez com recurso ao Teste de Qui-quadrado, respeitante ao cruzamento entre o Quadrante de Vinculação Materna Pré-Natal e as subescalas MABS referentes à Percepção Materna de Confiança na Prestação de Cuidados ao Recém-nascido, permite verificar que os índices estatísticos não atingem a significância (Anexos 13, 14 e 15): a) Falta de Confiança no Cuidado (P.C.S. = 1.937; $p = .586$), b) Falta de Confiança Durante a Amamentação (P.C.S. = 2.399; $p = .494$) e c) Confiança Global (P.C.S. = .015; $p = 1.000$).

No que concerne às puérperas cujas representações de vinculação pré-natal se encontram no Quadrante 1, a maioria não tende a perceber *Falta de Confiança no*

Cuidado, nem *Falta de Confiança Durante a Amamentação*, tendendo, ainda assim, a baixas percepções no que respeita à *Confiança Global*. Relativamente às mães com representações de vinculação pré-natal correspondentes ao Quadrante 2, a maioria não tende a perceber *Falta de Confiança no Cuidado*, e nenhuma percebe *Falta de Confiança Durante a Amamentação*. Ainda assim, apenas uma minoria tende a perceber níveis elevados de *Confiança Global*. Quanto às gestantes referentes ao Quadrante 3, a maioria não apresenta tendência para perceber *Falta de Confiança no Cuidado* ou durante a *Amamentação*, no entanto, apenas uma minoria tende a perceber elevada *Confiança Global*. Finalmente, no que concerne às gestantes incluídas no Quadrante 4, os dados obtidos apontam para percepções de *Confiança no Cuidado* e durante a *Amamentação*, ainda que a maioria tenda a perceber uma baixa *Confiança Global*.

Reorganizando a variável vinculação materna pré-natal em apenas duas categorias, vamos considerar os dados do Quadrante 2 (valor 1) versus os dados de todos os outros quadrantes (valor 0). Na sequência de esta alteração e através do modelo de regressão linear anteriormente referido, introduzem-se agora, individualmente, como variáveis dependentes as percepções maternas de *Falta de Confiança no Cuidado*, *Falta de Confiança Durante a Amamentação* e *Confiança Global* (Anexos 16, 17 e 18).

No que respeita à variável dependente *Falta de Confiança no Cuidado*, não existe um contributo significativo por parte do terceiro modelo ($p = .959$), não contribuindo, neste caso de forma significativa, o padrão de vinculação pré-natal de tipo seguro ($\beta = -.011$, $p = .959$). Relativamente à variável *Falta de Confiança Durante a Amamentação*, também neste caso não se verifica uma contribuição significativa por parte do modelo 3 ($p = .124$), não existindo uma contribuição significativa por parte da variável independente padrão de vinculação pré-natal de tipo seguro ($\beta = .328$, $p = .124$). Por fim, no que diz respeito à variável *Confiança Global*, também neste caso não existe um contributo significativo por parte do terceiro modelo ($p = .962$), nem mais concretamente da variável independente padrão de vinculação pré-natal de tipo seguro ($\beta = .011$, $p = .962$).

É ainda de referir, que em nenhuma das testagens anteriormente referidas se verificaram contributos significativos dos modelos 1 e 2, portanto, das outras variáveis independentes neles contidas.

VI.9 Testagem da Hipótese Específica 5: Relação entre a Ocorrência de Sintomatologia Depressiva Pós-parto e a Percepção Materna do Comportamento do Recém-nascido

Considerando a totalidade da amostra, é possível, nesta secção, fazer uma análise comparativa entre as puérperas com e sem sintomatologia depressiva pós-parto no que concerne às percepções maternas do comportamento do recém-nascido nas cinco dimensões avaliadas. Para tal, recorreu-se ao Teste de Qui-quadrado. Este permitiu verificar que os índices estatísticos só atingem a significância relativamente às percepções do comportamento do recém-nascido enquanto *Irrequieto/Irregular* e *Irritável Durante a Mamada* (Anexos 19, 20, 21, 22 e 23): a) *Alerta/Responsivo* (P.C.S. = .639; $p = .424$), b) *Alerta Durante a Mamada* (P.C.S. = .883; $p = .347$), c) *Fácil* (P.C.S. = 1.146; $p = .284$), d) *Irrequieto/Irregular* (P.C.S. = 6.310; $p = .012$) e e) *Irritável Durante a Mamada* (P.C.S. = 6.310; $p = .012$).

Assim, relativamente à percepção materna do bebé enquanto *Alerta/Responsivo*, esta nunca ocorre nas puérperas com sintomatologia depressiva pós parto. O mesmo se verifica relativamente à subescala *Alerta Durante a Mamada* e á percepção do comportamento do bebé como *Fácil*. No que respeita às subescalas *Irritável Durante a Mamada* e *Irrequieto/Irregular*, em ambas apenas uma minoria das puérperas que não apresenta sintomatologia depressiva após o parto considera o comportamento do recém-nascido como tal. No caso das puérperas com sintomatologia depressiva pós-pato, a maioria percebe o seu bebé como *Irritável Durante a Mamada* e *Irrequieto/Irregular*.

Após esta análise comparativa, vamos agora passar aos resultados obtidos através de Regressão Linear, em que, ao modelo anteriormente referido foi associada a variável sintomatologia depressiva no pós-parto (0 = sem depressão; 1 = depressão). Nestas análises (Anexos 24, 25, 26, 27 e 28), as percepções do comportamento do recém-nascido nas cinco subescalas do MABS são consideradas como variáveis dependentes. Assim, para a variável *Alerta/Responsivo* nenhum dos três modelos consegue explicar uma percentagem significativa da variância em causa. No caso da variável *Alerta Durante a Mamada*, o mesmo acontece. De igual modo, para a variável *Fácil* também não há contributos significativos da parte dos três modelos, sendo de

salientar que no modelo 2 a variável número de filhos tem um efeito quase significativo ($\beta = .486$, $p = .079$), enquanto no modelo 3 já apresenta um valor significativo ($\beta = .558$, $p = .046$). Pelo contrário, relativamente à variável *Irrequieto/Irregular* é de assinalar um contributo significativo ($p = .026$) do terceiro modelo onde a variável Sintomatologia Depressiva exerce um papel determinante ($\beta = .466$; $p = .026$). Finalmente, em relação à variável *Irritável Durante a Mamada*, é de assinalar que, para além de o primeiro modelo ter um contributo quase significativo ($p = .086$; escolaridade, $\beta = -.542$, $p = .092$), o terceiro modelo tem um impacto claramente significativo ($p = .039$), o qual é protagonizado pela variável sintomatologia depressiva no pós-parto ($\beta = .394$; $p = .039$).

VI.10 Testagem da *Hipótese Específica 6*: Relação entre a Ocorrência de Sintomatologia Depressiva Pós-parto e a Percepção Materna de Confiança nos Cuidados Prestados ao Recém-nascido

Tomando em consideração a totalidade da amostra, uma análise comparativa entre as puérperas utilizando o Teste de Qui-quadrado permite constatar que os índices estatísticos só atingem a significância no caso das percepções maternas referentes a *Falta de Confiança na Prestação de Cuidados* e *Falta de Confiança Durante a Amamentação* (Anexos 29, 30 e 31): a) *Falta de Confiança na Prestação de Cuidados* (P.C.S. = 14.047; $p = .000$), b) *Falta de Confiança Durante a Amamentação* (P.C.S. = 17.271; $p = .000$) e c) *Confiança Global* (P.C.S. = 1.431; $p = .232$).

Assim, no que respeita às subescalas maternas do MABS, as puérperas com sintomatologia depressiva pós-parto tendem, na sua maioria, a perceberem *Falta de Confiança na Prestação de Cuidados* bem como *Falta de Confiança Durante a Amamentação*. Verifica-se uma tendência oposta no caso das puérperas que não apresentam sintomatologia depressiva. Relativamente à percepção de *Confiança Global*, esta nunca ocorre nas puérperas com sintomatologia depressiva. Nas restantes puérperas, a minoria experiencia percepções de *Confiança Global* na prestação de cuidados ao bebé.

Através do modelo de regressão linear anteriormente referido, ao qual se juntou a variável sintomatologia depressiva no terceiro modelo, poderão obter-se resultados

(Anexos 32, 33 e 34) relativos às seguintes variáveis dependentes: *Falta de Confiança no Cuidado*, *Falta de Confiança Durante a Amamentação* e *Confiança Global*. Relativamente à variável dependente *Falta de Confiança no Cuidado*, só o terceiro modelo consegue apresentar um impacto significativo ($p = .000$), o qual é devido em simultâneo à variável idade ($\beta = .448$, $p = .013$), à variável número de filhos ($\beta = -.505$, $p = .010$) e à variável sintomatologia depressiva no pós-parto ($\beta = .735$, $p = .000$). Passando agora à variável *Falta de Confiança Durante a Amamentação*, também apenas o terceiro modelo consegue oferecer um contributo significativo ($p = .000$), o qual se deve apenas ao papel desempenhado pela variável sintomatologia depressiva ($\beta = .758$, $p = .000$). Finalmente, em relação à *Confiança Global*, nenhum dos três modelos consegue oferecer um contributo significativo. Apesar disso, é de realçar que, no modelo 3, a variável número de filhos aproxima-se do nível de significância ($\beta = .547$, $p = .051$).

Capítulo VII: Discussão de Resultados

Nesta secção, procede-se à discussão dos resultados obtidos, tomando por referência a sequência utilizada para a apresentação dos resultados. Neste sentido, após discussão da caracterização da amostra no que respeita aos estilos de vinculação materna pré-natal, à ocorrência de sintomatologia depressiva pós-parto e caracterização das percepções maternas acerca do comportamento do recém-nascido bem como respeitantes à confiança materna na prestação de cuidados, subdivide-se a discussão em seis partes correspondentes às seis hipóteses de estudo: (1) Relação entre o Planeamento da Gravidez e o Padrão de Vinculação Materna Pré-natal; (2) Relação entre o Padrão de Vinculação Materna Pré-natal e a Ocorrência de Sintomatologia Depressiva Pós-parto; (3) Relação entre o Padrão de Vinculação Materna Pré-natal e a Percepção Materna do Comportamento do Recém-nascido; (4) Relação entre o Padrão de Vinculação Materna Pré-natal e a Percepção Materna de Confiança na Prestação de Cuidados; (5) Relação entre a Ocorrência de Sintomatologia Depressiva Pós-parto e a Percepção Materna do Comportamento do Recém-nascido e (6) Relação entre a Ocorrência de Sintomatologia Depressiva Pós-parto e a Percepção Materna de Confiança na Prestação de Cuidados.

Assim, relativamente à caracterização dos Estilos de Vinculação Materna Pré-natal na amostra deste estudo, os resultados vão ao encontro daqueles obtidos na adaptação portuguesa da Escala de Vinculação Materna Pré-natal (Camarneiro e Justo, 2010), ainda que esses resultados se refiram a gestantes no segundo trimestre de gestação. As gestantes no terceiro trimestre de gravidez apresentam, na sua maioria, estilos de vinculação pré-natal correspondentes ao Quadrante 2 (Vinculação Forte e Saudável), isto é, gestantes cuja intensidade de preocupação é acompanhada por sentimentos de ternura, proximidade e prazer, passando bastante tempo a pensar, sonhar, palpar e falar sobre o bebé e sobre os sentimentos em relação a ele, e Quadrante 3 (Não envolvida ou Envolvida de Modo Ambivalente com Baixa Preocupação), isto é, gestantes que dispensam pouco tempo a pensar no feto ou que experienciam poucos afectos positivos associados à vinculação. Aqui, encontram-se gestantes desligadas e com pouco interesse pelo feto ou que experienciam sentimentos ambivalentes em relação a este, o que poderá estar relacionado com a proximidade do termo da gestação

que suscita sentimentos ambivalentes fruto das tarefas inerentes ao terceiro trimestre de gestação, nomeadamente ambivalência face ao desejo de conhecer o bebé e, por outro lado, face ao desejo de prolongar a gestação, bem como a ansiedade face ao momento do parto que se aproxima (Canavarro, 2001).

No que respeita à Ocorrência de Sintomatologia Depressiva Pós-parto no intervalo entre as três e as dez semanas após o parto, a sua distribuição é aproximadamente normal, verificando-se uma prevalência de 16.2%, o que vai ao encontro dos dados existentes na literatura (Augusto *et al.*, 1996; Areias *et al.*, 1996^a, 1996b *cit in* Figueiredo, 2007) para este período após o parto. Pode inferir-se que existe uma tendência para esta percentagem aumentar num intervalo de tempo mais dilatado.

Relativamente à caracterização da Percepção Materna do Comportamento do Recém-nascido, na amostra, e considerando um intervalo de “normalidade” como o sugerido pelo autor da escala (Wolke, 1995), verifica-se que, em média, as puérperas consideram os seus bebés como *Alerta/Responsivo; Alerta Durante a Mamada e Fácil*, não tendo, em média, percepções acerca do comportamento do bebé como *Irrequieto/Irregular* ou *Irritável Durante a Mamada*. Do mesmo modo, no que respeita às Percepções Maternas de Confiança na Prestação de Cuidados, em média, as puérperas neste estudo tendem a não percepcionar Falta de Confiança na Prestação de Cuidados (não relacionados com a situação de amamentação), nem Falta de Confiança Durante a Amamentação, apresentando, em média, percepções positivas de Confiança Global.

VII.1 Relação entre o Planeamento da Gravidez e o Padrão de Vinculação Materna Pré-Natal

Embora os resultados obtidos não apresentem significância estatística, verifica-se uma tendência que vai ao encontro do que é descrito na literatura (Camarneiro & Justo, 2010), isto é, o planeamento parece influenciar positivamente a vinculação materna pré-natal (resultado global). As gestantes que referiram ter planeado a gravidez apresentam resultados globais mais elevados na Escala de Vinculação Materna Pré-natal. Quanto à distribuição pelos quatro quadrantes, verifica-se uma tendência para as

gestantes que planearam a gravidez apresentarem um padrão de vinculação pré-natal correspondente ao Quadrante 2 (vinculação forte e saudável), o que vai ao encontro da primeira hipótese proposta para este estudo (HG1). Assim, parece existir alguma associação entre o planeamento da gestação e a vinculação materna pré-natal de tipo seguro, ainda que esta não se tenha manifestado estatisticamente significativa. Por outro lado, apesar de se verificar também uma grande tendência para estas gestantes apresentarem padrões de vinculação relativos ao Quadrante 3 (não envolvido ou envolvido de modo ambivalente com baixa preocupação), os resultados vão, ainda assim, ao encontro da hipótese que propõe que padrões de vinculação caracterizados por elevada preocupação/tempo gasto no modo de vinculação sejam mais prevalentes em grávidas que planearam a gestação (HE1), isto é, gestantes referentes aos Quadrantes 2 e 4. Este ponto de vista é reforçado pelo facto de, no caso das gestantes que não planearam a gestação, a maioria se encontrar no Quadrante 3 e nenhuma delas se inserir no quadrante 4, pelo que o não planeamento parece estar associado a padrões de vinculação caracterizados por baixa preocupação/tempo gasto no modo de vinculação.

VII.2 Relação entre o Padrão de Vinculação Materna Pré-Natal e a Ocorrência de Sintomatologia Depressiva no Pós-parto

No que concerne à relação entre o padrão de vinculação pré-natal e a ocorrência de sintomatologia depressiva entre as três e as dez semanas após o parto, os resultados mostram que, nas gestantes com padrões de vinculação pré-natal consentâneos com o Quadrante 2 (vinculação forte e saudável), não se verifica ocorrência de sintomatologia depressiva pós-parto. Assim, esta é mais prevalente no caso de gestantes que apresentam padrões de vinculação pré-natal relativos aos Quadrantes 1 (qualidade de vinculação positiva e baixa preocupação devido a distração ou ambivalência) e 4 (ansioso, ambivalente ou preocupação afectiva). Ainda que estes resultados não alcancem a significância estatística, pode inferir-se a existência de uma tendência neste sentido, o que vai ao encontro da hipótese segundo a qual a vinculação pré-natal de tipo seguro está associada a uma menor probabilidade de desenvolvimento de depressão pós-parto (HG2). Desta forma, a vinculação pré-natal de tipo seguro pode funcionar como um factor de protecção face ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva no pós-

parto. Relativamente à prevalência da sintomatologia depressiva pós-parto nas gestantes cujos padrões de vinculação pré-natal se caracterizam por elevada preocupação/tempo gasto no modo de vinculação (Quadrantes 2 e 4), esta revela-se assim inferior à que ocorre em gestantes com padrões de vinculação pré-natal com baixa preocupação/tempo gasto no modo de vinculação. Assim sendo, parece revelar-se uma tendência no sentido de as puérperas com níveis elevados de depressão pós-parto serem menos prevalentes entre mulheres com padrões de vinculação pré-natal caracterizados por elevada preocupação/tempo gasto no modo de vinculação (Quadrantes 2 e 4), tal como referido na hipótese HE2.

VII.3 Relação entre o Padrão de Vinculação Materna Pré-Natal e a Percepção Materna do Comportamento do Recém-nascido

No que respeita à relação entre o padrão de vinculação pré-natal e as percepções maternas do comportamento do recém-nascido, é possível constatar que as puérperas cujas representações de vinculação pré-natal são de tipo seguro (Quadrante 2) tendem a ter percepções mais positivas sobre alguns aspectos do comportamento dos seus bebés (Alerta/Responsivo, Alerta Durante a Mamada e Fácil) e menos negativas acerca de outros aspectos (Irrequieto/Irregular e Irritável durante a mamada). Esta conclusão vai ao encontro da hipótese que aponta para uma relação entre a vinculação pré-natal de tipo seguro e percepções maternas positivas no que respeita ao comportamento do recém-nascido (HG3). No que respeita às puérperas cujas representações de vinculação pré-natal são consentâneas com os restantes quadrantes, aquelas que se inserem no Quadrante 1 e no Quadrante 4 são as que tendem a perceber o comportamento do bebé de forma mais negativa, nunca atingindo valores que se traduzam em percepções do comportamento do recém-nascido como Alerta/Responsivo ou Alerta Durante a Mamada, sendo que, apenas uma minoria das puérperas que se inserem no Quadrante 4 percebe o comportamento do bebé como Fácil. No caso das puérperas cujas representações de vinculação pré-natal são características do Quadrante 3, apenas uma minoria tende a ter percepções positivas sobre o comportamento do bebé. Neste sentido, e ainda que os resultados obtidos não tenham atingido a significância estatística, é possível inferir que percepções maternas do comportamento do recém-nascido de cariz

positivo se encontram associadas a padrões de vinculação pré-natal de tipo seguro. Quer isto dizer que as representações da vinculação em causa se caracterizam por uma elevada preocupação/tempo gasto no modo de vinculação e por uma qualidade de relação positiva. Essas percepções positivas não são tão prevalentes no caso em que se verifica uma qualidade de relação positiva e baixa preocupação/tempo gasto no modo de vinculação (Quadrante 1), ou no caso de uma elevada preocupação/tempo gasto no modo de vinculação associada a uma baixa qualidade de relação (Quadrante 4). Por outro lado, a associação entre uma baixa qualidade de vinculação e baixa preocupação/tempo gasto no modo de vinculação (Quadrante 3) está relacionada com percepções mais positivas do comportamento do recém-nascido do que as duas combinações anteriores, o que é condizente com uma vinculação pré-natal com um envolvimento ambivalente que se propaga para o tipo de relação pós-parto que se estabelece entre a puérpera e o seu bebé.

Com base nos resultados obtidos pode ainda argumentar-se que a distinção entre a qualidade (positiva/negativa) das percepções maternas do comportamento do recém-nascido, tendo em consideração o tipo de vinculação pré-natal, se faz mais por ausência de percepções de cariz positivo (Alerta/Responsivo, Alerta Durante a Mamada e Fácil) do que pela prevalência de percepções do comportamento do recém-nascido de cariz negativo (Irrequieto/Irregular e Irritável Durante a Mamada), uma vez que estas ocorrem numa minoria das puérperas em cada quadrante.

VII.4 Relação entre o Padrão de Vinculação Materna Pré-Natal e a Percepção Materna de Confiança na Prestação de Cuidados

Relativamente à relação entre o padrão de vinculação materna pré-natal e as percepções maternas de confiança na prestação de cuidados ao recém-nascido que, nas puérperas cujas representações de vinculação pré-natal se coadunam com o Quadrante 2 (vinculação forte e saudável), existe uma maior tendência para percepções de confiança na prestação de cuidados outros que não a amamentação. Não se verificam percepções de Falta de Confiança Durante a Amamentação e, por comparação às restantes puérperas, parece existir uma maior tendência para percepções de Confiança Global. Apesar de os resultados obtidos não atingirem a significância estatística, pode admitir-

se que existe uma tendência de acordo com a hipótese segundo a qual a vinculação pré-natal de tipo seguro está associada a uma percepção materna positiva relativamente à confiança na prestação de cuidados ao bebé (HG4). No que concerne às puérperas cujas representações de vinculação pré-natal se inserem nos restantes quadrantes, não parecem existir diferenças de relevo nas percepções de confiança na prestação de cuidados ao bebé. De uma forma geral, independentemente do tipo de vinculação pré-natal, as puérperas tendem a ser mais confiantes nas questões relacionadas com a amamentação do que nas restantes situações de prestação de cuidados ao bebé.

No entanto, apesar de, em geral, as puérperas apresentarem percepções de Confiança no Cuidado e Durante a Amamentação, verifica-se que tal não se traduz em elevadas percepções de Confiança Global. Deste modo, as diferenças entre quadrantes, à semelhança do que acontece com as percepções do comportamento do recém-nascido, devem-se mais à ausência de percepções negativas (falta de confiança no cuidado, ou falta de confiança durante a amamentação) do que a percepções elevadas de confiança global, pois estas parecem apenas ocorrer numa minoria.

VII.5 Relação entre a Ocorrência de Sintomatologia Depressiva Pós-parto e a Percepção Materna do Comportamento do Recém-nascido

No que concerne à influência da ocorrência de sintomatologia depressiva pós-parto sobre a percepção materna do comportamento do recém-nascido, esta é significativamente influenciada pela primeira no caso das percepções maternas de cariz negativo – Irrequieto/Irregular e Irritável durante a mamada. Neste sentido a depressão pós-parto parece estar associada a percepções maternas mais negativas do comportamento do recém-nascido (HG5).

Verifica-se também uma tendência para uma menor prevalência de percepções de cariz positivo (Alerta/Responsivo, Alerta Durante a Mamada e Fácil) nas puérperas com sintomatologia depressiva no pós-parto, o que vai ao encontro da hipótese que sugere que as percepções maternas mais negativas sobre o comportamento do recém-nascido são mais prevalentes entre as puérperas com sintomatologia depressiva no pós-parto (HE5). Estas puérperas nunca não percebem o seu bebé como Alerta/Responsivo ou Alerta Durante Mamada. Estes resultados vão ao encontro do que

é descrito na literatura, as mães com sintomatologia depressiva manifestam menos os afectos positivos, tendendo a apresentar uma menor sensibilidade na interacção com os seus bebés, originando maior afectividade negativa. Pode ainda inferir-se que esta falta de sincronia entre a puérpera e o seu bebé poderá desenvolver neste uma representação de vinculação insegura.

No que respeita à percepção do comportamento do bebé como Fácil, ainda que os resultados não tenham atingido a significância estatística, esta parece ter alguma relação com o número de filhos e, portanto, com a posição do bebé na fratria.

VII.6 Relação entre a Ocorrência de Sintomatologia Depressiva Pós-parto e a Percepção Materna de Confiança na Prestação de Cuidados

No que concerne à relação entre a sintomatologia depressiva no pós-parto e a percepção materna de confiança na prestação de cuidados ao recém-nascido, a primeira parece influenciar de forma significativa as percepções maternas de Confiança na Prestação de Cuidados e de Confiança Durante a Amamentação. Ainda que, no caso da Confiança Global os resultados não tenham atingido a significância estatística, parece existir uma tendência para as puérperas com sintomatologia depressiva não atingirem índices elevados de Confiança Global. Neste sentido, os resultados obtidos vão ao encontro da hipótese que propõe que a depressão pós-parto está associada a percepções maternas mais negativas sobre a confiança relativa aos cuidados a prestar ao bebé (HG6).

Comparativamente, verifica-se que percepções maternas negativas acerca da confiança materna para cuidar do bebé são mais prevalentes nas puérperas que apresentam sintomatologia depressiva, estas apresentam na sua maioria índices elevados de Falta de Confiança no cuidado e Falta de Confiança Durante a Amamentação, não apresentando índices de Confiança Global. No caso das puérperas sem sintomatologia depressiva, verifica-se a tendência oposta, o que confere apoio à hipótese de as percepções maternas negativas sobre a confiança materna para cuidar do bebé serem mais prevalentes entre as puérperas com sintomatologia depressiva no pós-parto (HE6).

Os resultados obtidos apontam ainda, para no caso da percepção de Falta de Confiança no Cuidado, existir influência da idade da mãe e do número de filhos, quando associadas à ocorrência de sintomatologia depressiva no pós-parto. Já no que respeita à percepção de Falta de Confiança Durante a Amamentação esta parece estar significativamente e única e exclusivamente relacionada com a ocorrência de sintomatologia depressiva no pós-parto.

Conclusão

Nesta secção apresentam-se as principais conclusões do presente estudo, com referência aos principais resultados obtidos. Serão ainda apontadas algumas limitações deste estudo bem como sugestões para investigações futuras neste âmbito.

De um modo geral os resultados obtidos vão ao encontro do que é descrito na literatura, confirmando assim as hipóteses propostas para este estudo.

Assim, os resultados obtidos neste estudo permitem concluir que: 1) O planeamento da gestação parece influenciar de forma positiva a vinculação materna pré-natal, sendo o padrão de vinculação materna pré-natal de tipo seguro (Quadrante 2) mais prevalente nas gestantes que planearam a gravidez; 2) A ocorrência de sintomatologia depressiva no pós-parto é menos prevalente em gestantes cujas representações de vinculação pré-natal se coadunam com um padrão de vinculação de tipo seguro (Quadrante 2), podendo este funcionar como um factor de protecção face ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva no pós-parto; 3) As puérperas com representações de vinculação pré-natal de tipo seguro (Quadrante 2) tendem a ter percepções mais positivas sobre alguns aspectos do comportamento do recém-nascido (Alerta/Responsivo, Alerta Durante a Mamada e Fácil) e menos negativas no que respeita a outros aspectos (Irrequieto/Irregular e Irritável Durante a Mamada); 4) As puérperas com padrões de vinculação pré-natal de tipo seguro (Quadrante 2) tendem a ter maiores índices de Confiança na prestação de Cuidados, Durante a Amamentação e na Confiança Global, o que se traduz em percepções maternas positivas face à confiança nos cuidados a prestar ao bebé; 5) Percepções maternas mais negativas do comportamento do recém-nascido parecem estar associadas à ocorrência de sintomatologia depressiva no pós-parto, existindo uma associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de sintomatologia depressiva no pós-parto e as percepções maternas do comportamento do recém-nascido como Irrequieto/Irregular e Irritável Durante a Mamada. Verifica-se ainda uma tendência para as puérperas que apresentam sintomatologia depressiva no pós-parto terem menos percepções do comportamento do bebé de cariz positivo (Alerta/Responsivo, Alerta Durante a Mamada e Fácil) e finalmente 6) A ocorrência de sintomatologia depressiva no pós-parto parece influenciar significativamente as percepções maternas de confiança nos cuidados a prestar ao bebé, nomeadamente, parece existir uma relação estatisticamente

significativa entre a ocorrência de sintomatologia depressiva no pós-parto e percepções maternas de Falta de Confiança no Cuidado e Falta de Confiança Durante a Amamentação, existindo também uma maior tendência nas puérperas com sintomatologia depressiva para baixas percepções de Confiança Global.

Estes resultados, constituem mais um contributo, para um melhor conhecimento sobre a forma como a vinculação materna pré-natal, a depressão pós-parto e as percepções maternas do comportamento do recém-nascido e da confiança materna nos cuidados a prestar ao bebé se inter-relacionam e influenciam mutuamente, sendo que ainda muito está por explorar neste campo.

Cabe agora apontar algumas limitações deste estudo e sugestões para estudos futuros: a) A dimensão da amostra condiciona o grau em que estes resultados podem ser extrapolados para a população, pelo que uma amostra de maiores dimensões permitiria um maior grau de confiança na extrapolação dos resultados obtidos; b) O facto de o contacto para o segundo momento de recolha ser feito via telefone e por via postal pode estar na origem da “perda” de participantes no segundo momento, uma aplicação mais personalizada e individualizada no segundo momento poderia ter possibilitado uma amostra mais dilatada; c) No caso do intervalo entre o nascimento do bebé e a aplicação dos instrumentos no segundo momento, um maior controlo, teria permitido um intervalo menos dilatado de semanas pós-parto, o que proporcionaria uma melhor base de comparação para a avaliação da sintomatologia depressiva no pós-parto; d) Seria também importante ter alguma informação sobre o temperamento dos bebés, uma vez que esta é uma variável importante quer para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva no pós-parto, quer para as percepções maternas respeitantes ao comportamento do recém-nascido e à confiança materna nos cuidados a prestar ao bebé; e) Informação sobre o historial familiar de doença psiquiátrica na família materna teria sido também pertinente, pois é um factor importante quando se trata do desenvolvimento de sintomatologia depressiva do pós-parto e finalmente f) Teria sido interessante fazer um acompanhamento (*follow-up*) em intervalos regulares de tempo para perceber por um lado a evolução das percepções maternas face ao comportamento do recém-nascido e à sua confiança para cuidar do bebé, nas puérperas com sintomatologia depressiva e, por outro, para perceber se as gestantes que no momento

da recolha não apresentavam sintomatologia depressiva no pós-parto a desenvolveram e de que forma isso afectaria as suas percepções.

Conclui-se, ainda assim, que os resultados obtidos foram satisfatórios, tendo alcançado os objectivos principais deste estudo e proporcionado dados interessantes para investigações futuras.

Referências Bibliográficas

Augusto, A.; Kumar, R.; Calheiros, J. M.; Matos, E. & Figueirdo, B. (1996). Post-natal depression in women in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matches controls. *Psychological Medicine*, 26, 135-141.

Brandon, A. R.; Pitts, S.; Denton, W. H.; Stringer, C. A. & Evans, H.M. (2009). A History of the Theory of Prenatal Attachment. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 23(4), 201-222.

Camarneiro, A. P. & Justo, J. M. (2010). Padrões de Vinculação Pré-natal, Contributos para a adaptação da Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale em casais durante o 2º trimestre de gravidez, na região centro de Portugal. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 28, 7-21.

Canavarro, M. C. (Coord.). (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto.

Ministério do Trabalho (1980). *Classificação Nacional das Profissões*. Lisboa: Serviço de Informação Científica e Técnica.

Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *Br. J. Med. Psychol.*, 66, 167-183.

Coutinho, M. P. L., Saraiva, E. R. A. (2008). Depressão pós-parto: considerações teóricas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 3, 759-773.

Costa, R., Pacheco, A., Figueiredo, B. (2007). Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. *Rev. Psiq. Clín.*, 34(4), 157-165.

Cox, J. L.; Holden, J.M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.

Erikson, E. (1982) "The Life cycle Completed. A Review.". London: W. W. Norton & Company Ltd.

Figueiredo, B. (2001). Depressão pós-parto: Considerações a propósito da intervenção psicológica. *Psiquiatria Clínica*, 22 (3), 329-339.

Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud/ International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol.3, nº3, 521-539.

- Figueira, P., Corrêa, H., Malloy-Diniz, L., & Romano-Silva, M. A., (2009). Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. *Rev Saúde Pública*, 43 (supl. 1), 79-84.
- Freeman, M. P., Wright, R., Watchman, M., Wahl, R. A., Sisk, D. J., Fraleigh, L. & Weibrecht, J. M. (2005). Postpartum Depression Assessments at Well-Baby Visits: Screening Feasibility, Prevalence, And Risk Factors. *Journal of Women's Health*, 14, nº10, 929-935.
- Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., Conde, A. & Teixeira, C. (2007) Anxiété, dépression et investissement émotionnel de l'enfant pendant la grossesse. *Devenir*, 19, 243-260.
- Guedeney, N. & Guedeney, A. (Coord.). (2004) Vinculação. Conceitos e aplicações. Lisboa: Climepsi.
- Graffar, M. (1956). Une Méthode de Classification Sociale D'Echantillons de Population. *Courrier*, VI, nº 8, 455-459.
- Hanna, B., Jarman, H., Savage, S. (2004). The clinical application of three screening tools for recognizing post-partum depression. *International Journal of Nursing Practice*, 10, 72-79.
- Hanusa, B. H., Scholle, S. H., Hasket, R. F., Spadaro, K., & Wisner, K. L. (2008). Screening for Depression in the Postpartum Period: A Comparison of Three Instruments. *Journal of women's Health*, 17, nº 4, 588-596.
- Jolley, S. N. & Betrus, P.(2007). Comparing Postpartum Depression and Major Depressive Disorder: Issues in Assessment. *Issues in Mental Health Nursing*, 28, 765-780.
- Orhon, F. S., Ulukol, B., & Soykan, A. (2007). Postpartum mood disorders and maternal perceptions of infant patterns in well-child follow-up visits. *Acta Paediatrica*, 96, 1777-1783.
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Moreira, L. E. & Lopes, R. S. (2004) Expectativas e Sentimentos da Gestante em Relação ao seu bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*., 20, nº3, 223-232.
- Sá, E. (Org.).(1997). *A maternidade e o bebê*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Sá, E. (2001). *Psicologia do feto e do bebê*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Sidor, A., Kunz, E., Schwer, D., Eickhorst, A. & Cierpa, M. (2011). Links between maternal postpartum depressive symptoms, maternal distress, infant gender and

sensitivity in a high-risk population. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health.*, 5, 1-7.

Sousa, S. (2004) *Estilos de Comunicação pais-bebé*. Lisboa: Climepsi.

Sutter-Dallay, A. L., Murray, L., Glantigny-Dallay, E. & Verdoux, H. (2003). Newborn Behavior and Risk of Postnatal Depression in the Mother. *Infancy*, 4(4), 589-602.

Tsartsara, E. & Johnson, M. (2006). The impact of misscarriage on women's pregnancy-specific anxiety and feelings of prenatal maternal-fetal attachment during the course of a subsequent pregnancy: An exploratory follow-up study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology.*, 27(3), 173-182.

Wolke, D. (1995). T. A. in Brazelton, T. B. & Nugent., J. K. (Eds.) "Neonatal behavioral assessment scale, 3rd Ed"(117-125). London: Marc Keith Press.

Anexos

(Os Anexos deste estudo encontram-se no CD em anexo, estando organizados conforme consta na Lista de Anexos)